

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**TESIS DOCTORAL**

**Tratamiento quirúrgico del cancer de larínge : memoria de  
doctorado**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Ernesto Botella**

**Madrid, 2015**

Nº  
7674

Tratamiento Quirúrgico  
del  
Cancer de Laringe



5 ltnos Sr.

Señores:

Al presentarme hoy ante este iunigne tribunal mis primeras palabras han de ser para pedir benevolencia, benevolencia para juzgar mi pobre trabajo y para mi tardanza en presentarlo. Quisiera profesar como no el grado del Doctor a que aspiro por considerarlo el galardón más preciado de toda la cámara, circuns-  
tancias varias me han impedido oblitarlo, mas  
tes de mi destino de Médico de la Armada me  
ha tenido por muchos años alejado, no de la  
Madre Patria, sino de esta otra Madre tan que  
como la primera, pues si en aquella abrí los ojos al  
mundo, en esta lo abrí a la luz, a la ciencia y en  
cual, queridísimos Maestros, haya memoria fenece,  
quiaron mis primeros pasos. Permitidme que dirija  
sentido recuerdo a los que perdí y un saludo a los  
tan dignamente ocupan sus puestos rogandoos

trateis con el cariño y bondad con que ellos me  
hubieran tratado, y así lo que aun quedaba de  
sencillamente "oírse me tenéis otra vez, no  
de mí, pero como nuestra voz". Otros en  
dependían del temor que hoy lo mismo que ayer  
barga mi ánimo al pensar; que finto de mi po  
bre ingenio podría presentaros que lo considerabais  
merecedor de tan alta recompensa? Siendo condi  
ciones que el asunto tratado fuera de inter  
personal, de observación propia, mi experiencia, en  
nada como he estado por más de diez años en  
laicos de guerra tripulados por una juventud  
fuerte y sana por lo general, tenía que ser  
pobre. Por fortuna para mí, azares de mi car  
tucheron que deteniendo a parar una temporada  
Francisco se despertaron en mi aficiones laringol  
en la clínica que en Lariboisière desempeñaba el  
recientemente llegado Dr. Gouguenheim. nombrado pre  
viamente Jefe Clínico Honorario de la Sala de  
laringología del Hospital Provincial mis aficiones  
se afianzaron y al tener ocasión de ayudar a mi  
ilustre Jefe el Dr. Cisneros en las múltiples opera  
ciones que por causa laringes se hacían en  
Sala, y recibir personalmente algunas e

me sumo a servir la enseñanza y la estu-  
diosa que de estas observaciones recogidas re-  
sultare, para el desarrollo de un tema que es  
el que hoy os presento con el título de "Trata-  
miento quirúrgico del cáncer de la lengua".  
importancia grandísima solo temo me juzgáis con  
demasiada severidad, porque conviéndome mis pocas  
fuerzas me haya detenido con tanto peso, por eso  
terminaré como empiezo diciéndolo brevemente y re-  
gandovos misis con simpatía y premis con  
aprobación si así lo creéis justo, más que el  
científico de mi trabajo que es bien poco, mi  
deseo.



Los tumores de la laringe cualquiera que sea su naturaleza, pueden dar lugar por sola su presencia en à accidentes respiratorios de tal índole que pongan en peligro inmediato la vida del enfermo, y que es por parte del médico una intervención activa. cumplimiento de esta indicación vital se hace por medio de la traqueotomía, pero la traqueotomía no es que un tratamiento paliativo, que no tiene acción alguna sobre la marcha y desarrollo del tumor. Cuando el tumor es benigno, generalmente nunca se presenta este

problema pues la extirpación se ha hecho antes de que  
su volumen produzca trastornos mecánicos en la  
sino en los malignos, cáncer, sarcoma, ¿qué conducta  
seguir el médico? ¿limitará su acción a cumplir la  
inducción vital si, pero paliativa de la tras  
dejando que la enfermedad siga su curso  
fatal? ¿No existe el tratamiento curativo del cáncer la  
ingeo?

El cuadro verdaderamente lastimoso que presenta el  
desgraciado enfermo atacado de esta terrible enfermedad  
y en termino necesariamente mortal, han hecho que los  
cirujanos tratasen de buscar por todos los medios un tr  
tamiento eficaz y ver de conseguir la cura radical  
cáncer de la inge. Cuales son estos y el resultado con  
ellos obtenido es el objeto de la presente memoria. A mi valio  
maestro el eminente laringólogo Doctor Cisneros, debo no sólo  
el haber presenciado ayudándole, las diferentes operaciones  
para extirpar el cáncer se manifiestan en la laringe

rimo tambien gran numero de datos e indicaciones, remmales que han facilitado mi tarea.

### Historia

Los periodos bien distintos podemos considerar en la historia del cancer de laringe. Es el primero el que precede al descubrimiento del laringoscopio, periodo durante el cual se los señala a titulo de carinoides; apenas si se conoce su historia clinica; bajo el nombre de sarcomas y canceres se confunden diversas afecciones ulcerosas de la laringe frecuentemente de naturaleza muy distinta, los diagnósticos son torcidos, como no hay mas que indicios vagos en que fundarse, se hacen en los ultimos momentos de la enfermedad o despues de la muerte; no se conoce la anatomia patologica y el tratamiento se limita a la abstencion o a lo mas a la Emplastura, cuando amenaza de asfixia. Este periodo dura desde Morgagni hasta el año 1858 en que descubrió el laringoscopio por Garcia y Hermann empieza el



2.º En este el diagnóstico trae inmensos progresos, la  
con otras enfermedades de la laringe se hace más  
nente, estableciendo el diagnóstico sobre base de su tratamiento  
y por último la cirugía con sus modernos adelantos y  
nuevos procedimientos nos permite cumplir la tan deseada  
y hasta hace poco inalcanzable aspiración de la curabili-  
dad del cáncer de laringe.

Dr Morgagni comprende el honor de haber publi-  
cado los dos primeros casos de cáncer laríngeo (1) cuyo  
resumen es el siguiente;

1.º Un hombre de 50 años empieza a quejarse de di-  
ficultad a la deglución, dificultad que va en aumento  
poco a poco; la voz se pierde; la deglución no solo es  
difícil sino dolorosa, parte de la comida no para de  
la garganta y muere insensiblemente a la boca algu-  
nas veces con una apariencia de asfixia; el enfer-  
mo admirado. No se ve nada al exterior y solamente se

(1) "De relictis et causis morborum," Carta 28: Tomo 2.º 8.

endurecida la glandula maxilar interna del lado izquierdo.  
El enfermo muere de repente como sofocado.

Examen del cadáver: la glandula nomenclada y que estaba hinchada presenta en su parte interna una materia parecida a la albumina. En la faringe y laringe muchos tumores que tienen aspecto de carcinoma.

La segunda observación se refiere a un joven que sentaba síntomas parecidos y que murió igualmente por sofocación. En la autopsia se vieron tumores de naturaleza cancerosa, sobre todo en la parte superior de la laringe y región faríngea subyacente. Los tumores se hallaban ya ulcerados en algunos sitios como en la epiglottis que estaba perforada por una ulceración.

Como vemos en estas dos observaciones el diagnóstico fué post. mortem y el tumor estaba tan extendido que no podemos afirmar fueran los dos primariamente laringeos.

Morgagni murió en 1771 y hasta 1833 no encontramos otra observación de cancer laringeo. En esta fecha Abernethy en su tesis inaugural «de tumoribus in cavo laringis»

denite dos que parecen serlo. La primera con el nombre de medullarsarkoma, sanoma medular de la laringe. Hombre de sesenta años con un tumor en la laringe, que irradiaba un solo lado de ella, del tamaño de una avellana y cuya resección ofrecía el aspecto de la sustancia cerebral. El enfermo murió asfixiado y en la autopsia no se encontró otra lesión que la descrita en la laringe.

En la otra (la cuarta de la tesis) denite un tumor de forma de seta, pero sin dar detalle alguno que aclare el diagnóstico, al contrario de la precedente que presenta todas las intancias de un cancer primitivo de laringe, asiento unilateral, en un hombre de edad avanzada, aspecto de la resección, género de muerte y ausencia de infección visceral.

En el mismo año Prauers, de Lovaina, hace la primera trintamía para extraer un tumor de la laringe cuyo marcha parece la de un epiteliónoma.

En 1837 Louis (1) y Brouneau (2) publican cada uno una observación, siendo las dos verdaderamente notables por la

(1) Mémoires de la Société Médica de Observateurs = Paris = Tome I - pag 169

(2) Brouneau y Bellon = Traité de la Tumeur laryngée

scantitud conque discute la internatología de la afonía.

Observación de Louis. Hombre de 68 años, con tos y opresión hace unos años y que desde hace 8 meses tiene casi todos en la deglución y ataques de disnea bastante acentuados; y como el enfermo se desmiente inútilmente. Muere y en la autopsia se encuentra, por debajo de la epiglottis, que estaba desviada a la izquierda, una masa oscura, dura, difícil de incidir y que se extendía a la derecha y atrás, entre los cartílagos tiroideos y cricoides, sin sobrepasar por arriba el borde del tiroideo y afectando la forma de una cuña con la base dirigida a la columna vertebral. Penetrando en su interior, estrechaba la laringe destruyendo las cuerdas vocales.

Observación de Crouveau = Mujer de 32 años que en Agosto de 1832 sufrió una fuerte congestión sin antecedentes de hemoptisis, tos ni opresión. Dos años después afonía completa, opresión considerable y continua durante la noche, con algunos accesos de asfixia de tiempo en tiempo, uno de estos de tanta gravedad que obligó a practicar la traqueotomía en Enero de 1835. La enferma notablemente

de tal modo que se quita la cámara, pero en Septiembre si-  
guiente un tumor que existía en el momento de la opera-  
ción hacia la parte media y al lado izquierdo de la la-  
ringe y que estaba estacionario tenía tal incremento que  
obligó a colocar nuevamente la cámara, aparece entre  
el borde superior de la tienda, se ulcera produciendo fre-  
cuentes hemorragias hasta que por fin muere la enferma  
a los once meses de pleuremia. En la autopsia se encuentra  
la laringe llena de una masa de tumorcillos reunidos  
en racimo sobresaliendo de una manera considerable en el  
interior por encima de la cámara y en la parte i-  
y delante de la laringe, estos recubiertos por una piel  
adelgazada de un color rojo livido, cicatrizada y ulcerada  
en algunos sitios, presentaban un aspecto denso y  
sufocatorio. En las partes laterales, principalmente en el lado  
izquierdo y por delante del cuerpo tróclea se ven dis-  
eminados en el tejido celular una gran cantidad de tumores  
de análogo aspecto. La mucosa de la laringe en los  
sitios en que estaba libre de tumores, se presentaba ulcerada  
fungosa. El anteojo - tío - estaba convertido

en una masa análoga a la de los tumores, los cartílagos rotos. Cruvelhier que hizo el examen histológico consideró la afección como de naturaleza cancerosa.

La traqueotomía hecha en este caso, es la que vemos practicar para evitar la asfixia producida por el cáncer de laringe. En 1840 Bricheteau (1) publica la historia de un cáncer de laringe y esófago con traqueotomía. Crousseau (2) el mismo año da a conocer segunda observación que es uno de los casos más notables y de los mejor conocidos.

Agnoletti extirpa por la boca, después de haber hecho la traqueotomía para evitar los accidentes asfícticos, un tumor asentado en la epiglotis en un enfermo de 70 años. Desgraciadamente el tumor recidivó; extirpado por segunda vez muere el enfermo al poco tiempo por hemorragia. pesar de que en la historia nada se dice respecto a la naturaleza del tumor parece desde luego tratarse de un neoplasma maligno.

Cooper, citado por M. Mackenzie, hizo una

(1) = Journal de connaissances médico-chirurgicales = Tome 3 - pag. 126  
(2) = Journal de connaissances médico-chirurgicales = Tome 3 - pag. 133

análoga, pero sin traqueotomía, movió, el tumor, al parecer canceroso colocado al nivel de la cara posterior de la epiglotis, fue enucleado con los dedos moviendo el superior de la hemorragia. En 1848 Horace Gunn, trató de extirpar también por la boca, un tumor que llenaba la garganta y que parecía nacer de la base de la lengua, el enfermo murió a los 30 días y en la autopsia se encontró una producción fungosa (cancerosa) con adherencias múltiples a la laringe, a la mayor del hioides, cricoides, traquea y cuerpo tiroideos.

La laringectomía que Chiernomni había practicado para extirpar los papilomas de la laringe, fue por primera vez por Gordon-Pouch en 1851, para la extirpación de tumores malignos, operando en un caso de laringe en una mujer de 51 años, cuyo diagnóstico se hizo solo guiado por los dedos digitales. El tipo del tumor que fue reconocido maligno examinado al microscopio, cauterización con el nitrato ácido de mercurio, seguida de nueva operación, seguida de nueva cicatrización, ascendiendo el tumor de tal modo, que obstruye la

camulo, teniendo que hacer una nueva traqueoto-  
mía baja, para prolongar algunos días más la vida  
de la enferma que muere de un exceso de sofocación.

Bouquet<sup>(1)</sup> en 1851 presenta en la Sociedad Anatómica  
una observación de cáncer de laringe y Barth en 1853  
da cuenta a la misma Sociedad de otro caso notable,  
por lo que en el se ve la dificultad de diagnosticar esta  
afección antes del descubrimiento del laringoscopio. Barth  
después de analizar todos los síntomas presentados  
por el enfermo desde el principio de la afección, su mar-  
cha y evolución y después de pasar revista a todas las  
enfermedades de la laringe, concluye por diagnosticar  
por exclusión, una afección crónica de la laringe,  
pero sin precisar su naturaleza y solo al hacer la  
autopsia se vio se trataba de un cáncer de las cuerdas  
vocales superiores.

Afortunadamente este período termina en 1858 con el  
descubrimiento de la aplicación del laringoscopio por Garcia y  
Kermack, empieza otro, el segundo de que tratamos al embegar  
este capítulo, período en el que los hechos se acumulan rápidamente.

(1) Bulletin de la Société anatomique. 1851 - pag. 158



las observaciones se suceden cada vez más completas y detalladas los diagnósticos se ciertan y aparecen numerosos tratados que iluminan con luz vivísima la cuestión tan oscura hasta entonces del diagnóstico preciso del cáncer laríngeo. Cuestión de importancia suma pues que de ella veremos depender el tratamiento y por ende la vida del enfermo.

Las observaciones de Valery-Neumier <sup>(1)</sup> muy detalladas (observación de cáncer laríngeo en un hombre de 50 años). de Devere <sup>(2)</sup> dos casos. Lusk, tres casos muy variados, cuya descripción da la idea de tratarse más bien de leuio laríngeo que de cáncer, Gibb <sup>(3)</sup> otros dos casos - Dupont <sup>(4)</sup> Curling y Richardson <sup>(5)</sup>. En la tesis de Caunit <sup>(6)</sup> en algunas observaciones de epitelomas de laringe en los niños como son las observaciones números 10, 17, 34 y 40 (algunas de ellas observadas por de Roketansky y de Ogle, de quienes las tomó Caunit) y en la tesis de Shouder las observaciones 5-21-22-23-26 y 27 son también de cáncer de laringe y muy instructivas como veremos más adelante.

(1) = Bulletin de la Société Anatomique = 1861 = pag. 187

(2) = Bulletin de la Société Anatomique = 1862 = pag. 258

(3) = On diseases of the throat = London 1864 pag. 275

(4 y 5) = Bulletin de la Société Anatomique 1865

(6) = Etudes sur les polypes du larynx dans les enfants - Paris 1867



Siendo desde esta época, tal el número de artículos, memorias y tesis dedicados a esta cuestión que llevaríamos multitud de páginas si quisiéramos citárlas todas, prueba evidente de la inmensa importancia que tiene.

Sin tratar de hacer una descripción del cauer de laringe, sus síntomas, diagnóstico diferencial, etc, etc, en que haia por demás estubo este trabajo, conviene sin embargo que digamos algo aunque sea muy poco respecto de lo que entendemos por cauer primitivo de laringe, su división en extrínsecos e intrínsecos, su morfolo y desarrollo, detalles pertinentes a nuestro estudio y que tengamos que tener siempre presentes pues de ellos dependerá la clase de intervención de que podremos hacer uso en cada caso particular.

Segun Aronetz se entiende por cauer primitivo de laringe aquel que empieza en una cuerda vocal o en un ventrículo y cuya evolución completa se desarrolla en la cavidad laringea, no invadiendo la pared antecordal la epiglottis

sino en el ultimo periodo de la enfermedad; reservando la denominacion de mixtos para aquellos que se desarrollan en la pared anteroidea o en la epiglottis y que tienen tanto de laringeos como de faringeos; y llama propagados a los que habiendo empezado en los organos o tejidos vecinos invaden a la parte de la laringe. Nosotros sin tener para nada en cuenta esta definicion de Dermatz, aceptaremos la denominacion de cancer primitivo para el que nace en la laringe y secundario para aquel que prentendese en la laringe al mismo tiempo que en otros organos es la generalizacion de un cancer desarrollado primitivamente en otro sitio.

Dividiremos con Kristlicher el cancer primitivo de laringe en intrinsecos y extrinsecos; son intrinsecos los que nacen en las cavidades laringeas propriamente dichas y extrinsecos los que se desarrollan en las estremas de la epiglottis, repliegues antero-epiglotticos y regiones anteroideas e interanteroideas. Y los primeros los mas frecuentes son los supra e intra gloticos, los infra y sub-glóticos son talmente raros que solo con gran trabajo

se encuentran en la literatura algunas observaciones de ellos, como son las de de Grambert, la de Boysson Babou, las de Kriskaber Norton y Pontlin.

La división de cánceres en intrínsecos y extrínsecos es de tal importancia que podemos hacerlo sinóclima de operable e inoperable. Mientras el cáncer permanece limitado a la laringe podemos confiar en que no se dividirá, pero una vez que ha traspasado sus límites la infección por los ganglios se propaga y la recidiva es la regla. Esta aseveración está fundada en la ley de Kriskaber que es la siguiente: Los intrínsecos de la laringe no dan infartos ganglionares; los extrínsecos o que nacen primitivamente laringeos lo dan invadiendo los tejidos periféricos, producen infartos sub-masilar, y externo mandibular. Ley demasiado absoluta aunque en general cierta, debido según los descubrimientos de Laryey, a que la mucosa de la cavidad laringea, y no todo lo de la región glótica, es menor en linfático que la de los repliegues aritenoidales, epiglóticos y no todo lo de la faringe y Por otra parte Luschka ha demostrado que los vasos linfáticos

de la laringe, no se anastomosan con otros grupos de vasos  
más que desembocan directamente en los dos pequeños  
ganglios colocados a los lados de la glándula tiroides.

Detalles anatómicos que explican el porqué en algunos  
casos el cáncer permanece limitado y como encerrado  
en la laringe por mucho tiempo, mientras que en otros  
la marcha es rápida y el cáncer invade velozmente a  
los tejidos inmediatos. En los numerosos enfermos observados  
por mí en el Hospital General en la clínica del  
Dr. Cisneros, los de cáncer intrínseco tenían casi todas  
sus molestias a un año y más, mientras que las  
historias de los afectados de cáncer extrínseco no tenían  
por lo general más de 3 a 5 meses de antigüedad.  
Quizá debido a la misma robieza de la red linfática,  
si bien el cáncer de laringe invade con frecuencia,  
no muy conitados los casos de glositis; pero  
no ha encontrado más que cinco casos del de gon-  
ditoma por epiteloma, en unos veinte meses después  
el enfermo muere de cáncer de las capitas supra-renal,  
rión y ureteres, pero sin invasión laringea, el de sumas

cáncer del repliegue antero-epiglotico, ganglio infartado. en la autopsia se encuentra una gran masa epitelial en el ligado. el de Schiffers, hombre de 55 años con epitelio que invade la parte superior de la laringe y reno- me, muere de síncope sin tiempo para hacer la traqueotomia, en la autopsia se encuentran los pulmones sembrados de nodulos cancerosos, lesion que no se habia sospechado en vida; el de Thiersch es una mujer de cuarenta y cinco años a la cual se extirpa la laringe y parte de faringe, sobrevive, muere; en la autopsia se encuentran los pulmones como en el anterior llenos de nodulos cancerosos y una masa cancerosa en el mediastino anterior; por ultimo el de Poucet, el cancer en el repliegue antero-epiglotico, ganglio submasilares infartados y formando cuerpo con los tejidos inmediatos; los tumores del torax de una avellana el frontal y en el parietal.

Como nuevo no es muy frecuente los casos de generalizacion del cancer, pero aun son mas raros los secundarios de la laringe. de tal modo que yo no he podido encontrar citado en solo caso en la literatura.

La marcha de los tumores malignos de la laringe puede dividirse en tres periodos. En un primer periodo difícil de señalar y cuya duración varia de meses o todos meses a un año o año y medio, la afección se manifiesta solo por los signos de un catarro crónico de la laringe más o menos intenso: hay tos seca, sequedad de estómago, algún pequeño dolor que se irradia al oído y nada más. En el segundo el tumor progresando invade intimamente la laringe: estenosis: hay disnea con accesos de asfixia por la noche, el dolor es más fuerte, salivoso continuo, algunas veces sanguinolento la expectoración por ulceración del tumor, la deglución puede estar más o menos dificultada según la extensión del tumor. El tercero es el periodo de caquexia: el estado general del enfermo sufre las consecuencias naturales de una mala respiración y deglución, aunque a veces traqueotomizado y desde el segundo periodo, el enfermo se siente variadamente por la abundante salivación y por las continuas aunque pequeñas hemorragias, por la retención y deglución de productos putridos sobre todo cuando el cancer alcanza al tubo digestivo: el dolor se hace intolerable, los infartos se desarrollan enormemente, la infección (caquexia) consume al enfermo y por fin muere de asfixia lenta o rápida.



nitidamente, sin causa apreciable, de invasión y comienzo por complicaciones.

El primer período es el más largo, pero es muy difícil en la mayor parte de los casos precisar su principio: así vemos frecuentemente enfermos que presentan ligeros trastornos laringeos durante años, antes que se pueda diagnosticar la causa de la enfermedad; Kristaker y Gussenbauer citan dos casos en los que los enfermos presentaban trastornos laringeos desde la infancia, pero en los dos la necesidad de intervención del cáncer no para de tres años.

En las observaciones que personalmente he podido reco- el resultado es el siguiente:

1ª Guillermo G. = 54 años, casado, de Portillo (Colocho). Epiteloma la cuerdas y banda ventricular del lado izquierdo = Lengua desde hace seis meses, dolor a la deglución sin tos, pero con algún resaca de sofocación en los últimos días.

2ª Felipe A. de 49 años, casado - Epiteloma cuerda vocal izquierda y desde hace 16 meses, ronquera, aumentando las molestias hace dos meses, presentándose dolor, to con expectoración de quince y a veces de sofocación.

3ª Manuel M. de 58 años = Taragaya = Epiteloma de la epiglotis - Molestias y dolor a la deglución hace ocho meses - con tos.

4ª Ramón R. de 65 años = Viudo - Almorá = Epiteloma cornua anterior y lado derecho de la laringe - estornudos y tos - Ron-

quena desde hace veinte años, pero afortunado hace dos años, sin dolor y solo ultimamente alguna dificultad para respirar.

5<sup>o</sup> Francisco M. de 65 años = carado = labrador de San Benito (Bastaj) = Epitelioma de la cara anterior lado derecho de la epiglotis - Molestias a la deglución especialmente de los líquidos, desde hace un año, con algo de dolor irradiado desde la laringe al lado izquierdo al hacer movimientos de deglución.

6<sup>o</sup> Ernesto M. de 48 años = carado = Albánil del Piemonte (Italia) = Epitelioma del repliegue glos y anteo-epiglotico del lado de la Molestia en la deglución hace cuatro meses, remanera desde seis meses antes con dolor y con último acceso de sofocación.

7<sup>o</sup> Bartolomé G. de 41 años = carado = Truhente = de Albad = Carcinoma del repliegue glos-epiglotico del lado derecho - Molestias desde hace un año, deglución dolorosa especialmente desde hace 6

8<sup>o</sup> Roberto P. de 50 años = carado = Algodor = Epitelioma de la cuerda vocal derecha = Ronquera desde hace un año.

9<sup>o</sup> Carlos M. de 44 años = virado = matarife = de Algodor = Epitelioma difuso de la laringe = Ronquera sin dolor desde hace 5 meses, en gran expectación.

10<sup>o</sup> Aquilino G. de 48 años = carado = labrador = de Toledo = Epitelioma de la laringe cuerda vocal izquierda. Ronquera desde hace solo 5 o 6 meses.

11<sup>o</sup> Daniel C. = 45 años = soltero = albañil = Epitelioma cuerda vocal derecha = tumorado. Ronquera desde hace 1 año sin otras molestias.

12<sup>o</sup> Mario S. = 42 años = carado = labrador = Toledo = Epitelioma externo

del lado derecho: Ronquera desde hace siete meses, tos y dolor irradiado al oído derecho, con dificultad respiratoria especialmente en los últimos días y ascenso de temperatura.

13<sup>a</sup>: Leonardo B.: de 55 años = casado = labrador = de Ciudad Real = Epiteloma difuso de la laringe = Ronquera desde hace año y medio con tos y dolor que se irradia a los dos oídos, dificultad respiratoria desde hace un mes.

14<sup>a</sup>: Juan M. C. de 53 años, casado = vecchero = Badajoz = Epiteloma lado izquierdo de la cuerda y banda ventricular = Pérdida y tumor. Ronquera desde hace 1 año con dolor irradiado al oído izquierdo.

15<sup>a</sup>: Onofre L. = 56 años = casado = carpintero = Valladolid = Epiteloma cara anterior epiglótis y repliegue globo-epiglótico del lado derecho con infartos sub-maxilares = Tumor y Pérdida = desde hace un año molestias al deglutir, dolor propagado al oído derecho con expectoración sanguinolenta y ronquera.

16<sup>a</sup>: Vicente S. = 42 años = casado = jornalero = Cuenca = Epiteloma cara anterior epiglótis y repliegue globo-epiglótico del lado derecho con infartos sub-maxilares = Ronquera desde hace un año y medio con dificultad respiratoria desde hace 1 año.

17<sup>a</sup>: Manuel C. = 50 años = casado = labrador = Beñey = Epiteloma cara anterior epiglótis y repliegue globo-epiglótico del lado derecho, con infartos sub-maxilares = Ronquera desde hace 7 meses molestias a la deglución, y distintamente dolor irradiado al oído y fátiga

18º Tomás B. 50 años = soltero = Valdemoro = Esritismo difuso de la laringe, replique gloro-epiglótico y base de la lengua. Ronquera hace 6 meses y fatigas.

19º Juan E. 50 años = casado = vidriero = Almería = Esrit. ulcerado de la epiglótis, replique gloro-epiglótico y base de la lengua: dificultad en la deglución desde hace 10 meses, dolor y ronquera.

20º Celis S. 55 años = carpintero = casado = de Cartura = Esrit. de la epiglótis = dificultad en la deglución desde hace solo tres meses, algo de ronquera, tos y expectoración sanguinolenta.

21º José D. 51 años = casado = jornalero = Madrid = Carcinoma ulc. de la epiglótis, repliques antrax y gloro-epiglótico y base de la lengua con infartos grandes en ambos lados. Molestias desde hace 10 meses, dolor, disfagia, ronquera, tos y expectoración sanguinolenta.

22º Juan L. 60 años = viudo = tennamental = Carinoma grueso de la faringe cuando vocal deucha extendiéndose algo al lado izquierdo con infartos carotídeos = tumores y papilomas = obstrucción en la garganta hace solo tres meses, ronquera y dificultad a la deglución.

23º Antonio C. = sacerdote = Almería = Esritismo difuso de la laringe = dificultades para la deglución desde hace un año con erosión de cinta en la garganta, sin dolor, tos y expectoración sanguinolenta.

de estas neoplasias observaciones por mi recogidas vemos que la  
duración media es de un año incluído llegar hasta a dos  
coincidiendo la lentitud en el desarrollo del tumor con la  
inslantánea eminentemente laringea y descendiendo a 10,8  
6 y tres meses a media que el tumor es más extenso  
Es mi ánimo tener la pretensión de establecer por esto una  
regla, pero con pocas las observaciones recogidas, pero si  
quiero notar y llamar la atención sobre la relación, que  
parece existir, entre la evolución del cancer y su ritmo  
de inslantación, relación que de confirmarse añadiría  
un elemento más, que sería de inslantanea suma de  
en cuenta, para el tratamiento y pronóstico, incluído  
llamar intrínseco o de marcha lenta y extensos o de  
evolución rápida.

Cuando llega el segundo período o de tratamiento me  
cambios producidos por el estrechamiento de las vías re-  
spiratorias en los intralaringeos de estos y de las digestivas  
en los extralaringeos, la afección deja de presentar el ca-  
racter de aparente benignidad que antes tenía y hoy  
que interviene de una manera o de otra en la opera-  
ción radical o con la traqueotomía, pues la extensión  
aumenta de día en día, el incremento decano de infección

eventualmente de noche que ponen en peligro la vida del enfermo y el tumor aumenta de volumen en uno o dos meses de una manera extraordinaria, irradiando con gran rapidez los tejidos inmediatos cuando era de estar contenido en las paredes laringeas.

El tercer periodo hemos dicho que era el de caquexia, y la muerte el desenlace inevitable haya sido o no traumatizado el enfermo. En el primer caso puede prolongarse la vida mucho tiempo, a veces años, (en muchas observaciones no ha pasado de ocho meses) si alguna complicación intercurrente bien del lado submucoso o del digestivo no acelera el desenlace, pero de cualquier manera que sea la muerte llega; unas veces de una manera repentina, otras es lenta y el enfermo va descendiendo todos los escalones de la cachexia concurra ante miradas impotentes aun para disminuir sus sufrimientos que cada vez son más intensos. La muerte repentina es muy frecuente unas veces debida a un acceso de asfixia, otras se presenta (en los traumatizados) en el momento de limitarse la caquexia, bien porque las mucosidades abundantes acumuladas en la traquea no pueden ser expectoradas bien porque se desprende

un trazo del tumor y la oblitera; en una observación de Frankel  
fue por edema agudo, en otras de Lublinoki por rinore (in-  
dividuos ya muy debilitados); en muchos (por destrucción del  
recurrente como lo corroboran los casos de Pontier, Leroy y  
Pruet, la forma más frecuente es por inanición.

Edad y Sexo = La edad en que se presentan los tumores la-  
ríngeos difiere poco: de 20 a 60 años para los sarcomas y de  
40 a 60 para el cáncer. Los casos excepcionales de Dupuy, epitehima  
laringeo en un niño de un año y de Reinendorffer, cáncer laringeo  
en un hombre de 82 años, no son concluyentes por no estar bas-  
te aclarado el examen histológico definitivo en el primero y nulo  
en el segundo.

Lo mucho más frecuente en el hombre que en la mujer, se-  
gun Stannell en una relación de 5 a 1, en 26 sarcomas encontró  
solo cuatro en mujeres y en 179 cánceres, 150 en hombres. En la  
estadística compilada por Taber en su tesis de doctorado «De la con-  
tagión du cancer» «Paris 1892» y formada por las estadísticas de  
Mollaret, Horvitz de Paris y del Middlesex Hospital por Allen,  
con un total de 3075 cánceres, no hay notadas más que tres de  
laringe y los tres en hombres, debiendo de advertir que para

En cuanto la mujer entra en una proporción de un 48% más que el hombre solo da un 12.4%

**Frecuencia:** El cáncer de laínge es muy frecuente, ya hemos visto en la estadística de Stane la relación que guarda con los demás. Schwartz solo recogió en la clínica de Farnel 34 casos entre 12.360 enfermos cifra como vemos inferior a la de los bócios observados en el mismo tiempo; Kischalek ha observado solo 50 casos. Blackenzie 53; Liemman 40; Lemon en su clínica 7 por año, cifra verdaderamente exigua. Porot en dos años de asistencia a la clínica del Dr. Cisneros y con un total de 2000 enfermos, tuvo visto por lo menos 23 de cáncer laínge y dice por lo menos que un suceso muchos de diagnóstico dudoso y que por no haber metido a la consulta no se pudo ratificar.

Es más frecuente el epiteloma que el carcinoma; Schwartz ha encontrado en 70 casos 54 epitelomas; Schroetter en 20-14; Blackenzie en 20-24. Von Liemman en 6.8.54; Böttlin 50-38; Baraton en su trabajo "En cáncer de laínge" publicado en Le Progrès Médical en 1888 recoge 350 observaciones de cáncer de laínge, en 239 el diagnóstico estaba bien señalado y de estas 185 eran epitelomas. Finalmente Farnel durante de la última general



de un 40 casos, solo 18 eran epitelios mas.

Entre los mismos epitelios la variedad mas frecuente es el lobulado papilifero; Schwart, no ha revelado mas que tres casos de la variedad cilindrica uno de Kossinck, otro de M. y el tercer de un caso descrito por Desmire y Alcala. En el carcinoma la variedad mas frecuente es el escaloide, el escalo es rarísimo y aun los casos que se citan ofrecen dudas los exámenes histológicos.

De las observaciones por mi recogidas en 8 se hizo el examen histológico encontrando un solo carcinoma, todos los demás epitelios.

**Distribucion:** Son mucho mas frecuentes los intrínsecos que los extrínsecos, parece como que hay una medula especial del epitelio en el interior de la laringe. Schwart, encontro en 70 casos 13 intrínsecos, nosotros hemos encontrado en 23-11, pero hay que tener en cuenta que en los casos muy avanzados es muy difícil precisar por donde se empieza.

Cabe mencionar una medulleción marcada por un lado, siendo la relación según Stret de 2 a 1 y que este lado sea el izquierdo. En 27 casos recogidos por Starnel 27 irradiaban solamente el lado izquierdo, 7 estaban limitados al derecho y

tes venstraban toda la laringe. Lo 61 cita por localizaban en la forma siguiente: 11 en la epiglottis; 3 en el ligamento o repliegue ar-epiglótico; 3 en la región aritenoides; 1 en la fosa piriforme; 3 en el ángulo del cartilago tricoles; 4 en las fosas cuerdas; 2 en los ventriculos; 10 en las cuerdas verdaderas; 5 en la región sub-glótica; 10 venstraban por entero la laringe y 9 toda una mitad.

Las localizaciones en las 23 observaciones ya dichas se han resentido en la siguiente forma: En la epiglottis 2; en la epiglottis y repliegue ar-epiglótico del lado derecho 4; cornicula anterior, y banda ventricular del lado derecho 2, cuerda vocal derecha 3, vocal izquierda 2, cuerda y banda ventricular izquierda 1, mitad derecha laringe 1, toda la laringe 3, toda la laringe y base de la lengua 3.

Todos estos datos que acabamos de examinar son necesarios para el diagnóstico del cancer laringeo en sitio, extensión y para en vista de ellos anotar el tratamiento. Es decir el mejor, su valor operatorio y curativo y las esperanzas que podemos tener de alcanzar con el radio cura radical de los siguientes casos.

## Examen de los procedimientos operatorios empleados en el tratamiento del cáncer laríngeo



La presencia de un cáncer de laringe es inminente, pues no puede atribuirse a priori el tratamiento que se puede emplear, pues claudica que este depende de la extensión y sitio de la afección y de la edad y estado general del enfermo.

No pudiendo esperar nada positivo del tratamiento médico, tendemos a apelar al tratamiento quirúrgico pero como este varía conforme a las formas de incluir según el sitio y extensión del tumor, tendemos que analizar y hacer un estudio de cada uno de los procedimientos empleados para que una vez formado nuestro juicio, podamos aplicar el elegido con conocimiento de causa en cada caso particular.

Como son los tratamientos quirúrgicos, tanto hay empleados, cuatro radicales y uno paliativo y que iremos estudiando por este orden:

1. Extirpación total de la laringe del tumor
2. Laringo-fimosis (tricotomía) y escisión de las partes blandas, incluyendo notablemente la faringotomía
3. Resección parcial de la laringe
4. Resección total de la laringe

## Tratamiento endolaringeo

En el estudio que de los tratamientos quirúrgicos del cáncer laringeo vamos a hacer, hemos colocado el primero el endolaringeo considerando como tal, la extrínseca, que a tiempos de pinzas guillotina, embudo y asa galvanica hacemos por esta vía.

Este procedimiento que vamos de continuo con un fin, puramente exploratorio y para ratificar o aclarar un diagnóstico dudoso, lo han empleado y emplean aun diferentes autores como tratamiento radical del cáncer laringeo, si bien debemos hacer contar que en muchos casos se practicó, creyendo se trataba de simples papilomas y solo en muy contados casos de propósito deliberado.

**Historia:** La primera observación que encontramos referente a este medio de tratamiento es la de Segnoli (que ya describimos al hablar de la historia del cáncer) que extrinsecó por la boca, de haber traqueotomizado al enfermo, para evitar la asfixia, un tumor asentado al nivel de la epiglottis en un hombre de 70 años. Desgraciadamente el tumor recidivó y aunque operado por segunda vez, el enfermo murió de embolia. A pesar de no haberse nada respecto a la naturaleza de la afección desde luego parece se trataba de un neoplasma maligno. Posteriormente,

Cooner, citado por Mackenzie<sup>(1)</sup> hizo una operación análoga pero en traqueostomía. Se resecó el tumor al border canceroso, se elevaba al nivel de la crura posterior de la epiglottis que empujaba con los dedos y el enfermo murió de hemorragia.

En 1848 Horace Green trata de extraer por la boca un tumor que llenaba la garganta y que parecía nacer de la base de la lengua, el enfermo murió a los 3 días y en la autopsia se encontró una neoplasia fungosa con adhesiones múltiples a la laringe, antea mayor del tráquea, circada, tráquea y esófago.

En estas observaciones cuyo resumen he dado solo a título de curiosidad, historia, empecé a indicar el tratamiento de los tumores por la vía natural, siendo ya verdaderamente endolaringea la operación practicada por Van-Bross en 1861<sup>(2)</sup> hecha con ayuda del laringoscopio y más tarde aplicada al tratamiento del cáncer.

He aquí el resumen de las observaciones que recorriendo la literatura de la especialidad he podido recoger:

1.<sup>a</sup> = Krishaber<sup>(3)</sup> Tumor gástrico canceroso en un hombre de 76 años extraído por medio del arco galvanico. El enfermo aunque aliviado después de la operación, murió a las pocas semanas.

2.<sup>a</sup> = Krishaber (loc. cit) = Epithelioma en un hombre de 52 años.

(1) = Mackenzie = loc. cit. y en la p. 1.ª y 2.ª

(2) = la operación fue hecha el 21 de Julio en una hernia inguinal con el fin de extraer el pedículo de un polipo de la cara ventral de la lengua.

(3) = Krishaber "de cancer du larynx", Annales des maladies de l'oreille, est. Tome 5. pag 187 2.ª = Año 1879

extracción con el cuchillo galvanico. Recliva al año, nueva operación por el mismo procedimiento; recliva a los once meses mucho más extenso esto y el mal estado general del enfermo impidieron extraerlo de nuevo.

3ª = Laurel (1) Polipo sarcomatoso del tejido anterior de la cuerda vocal izquierda en un extraño de 32 años. Extracción con la pinza en varias sesiones = Curación.

4ª = Currek (2) Sarcoma de la cuerda vocal izquierda = Extracción por medio de la guillotina = Curación.

5ª = Currek = Sarcoma en un hombre de 51 años = Extracción por la guillotina en varias sesiones con traqueostomía previa = Curación = Muere de recliva a los dos años.

6ª = Morell-Blackenzie (3) Fibro sarcoma de la banda ventral de la derecha en un hombre de 43 años.

7ª = Schest = Sarcoma voluminoso de la región antenarial derecha = Extracción con la pinza = Recliva = 2ª operación = Curación.

8ª = Goltsstein = Fibro sarcoma de la columna anterior en un niño = Extracción con la pinza = Curación.

9ª = Courmand (4) Epitelioma faringo-laríngeo en un hombre de 50 años. Extracción en tres sesiones por medio del arco galvanico = Alivio paragono Reproducción con gran intensidad a los cuatro meses y muerte.

(1) = Laurel = Traité pratique des maladies du larynx. Ch. 14. pag 351-1876

(2) = Currek = Essay on growths of the larynx pag. 192

(3) = M. Blackenzie = Essay on growths of the larynx pag. 192

(4) = Courmand = Revue de laryngologie de Alsace = Como 4ª pag 27-1884

de inanición y edema pulmonar.

10° = Schmitzler = Carcinoma laringeo en una mujer = Extracción con el galvano = Curación mantenida desde hace 20 años que se cura.

11° = Strunkel<sup>(1)</sup> = Dos observaciones con el resultado siguiente: 1.ª operado en 1881 y que en la fecha de la publicación (1886) se mantenía in reidiva = Tres reidivas a los 6 meses y medio y dos años respectivamente; y dos sin datos anteriores a la operación.

12° = Lincoln en 1890 describe un caso muy curioso operado por Holmgren hace 20 años = Tumor de naturaleza epitelial según el examen histológico en una mujer de veinte años = Curación y curación = Reidiva a los tres años y extracción por laringectomía = Nueva reidiva a los veinte años bajo forma de papiloma = Extracción con la pinza y curación.

13° = Gougenheim<sup>(2)</sup> = Carcinoma de la cuerda vocal izquierda bien pedunculado = Extracción por medio de su pinza en diciembre de 1890 = Curación in reidiva en agosto de 1891.

14° = Boll = Carcinoma de la cuerda vocal derecha = Extracción con la pinza = Reidiva al poco tiempo, operado nuevamente con buen resultado. La observación fue sólo de tres meses.

15° = Scheinmann<sup>(3)</sup> = Carcinoma subglótico del lado izquierdo = Extracción = Sin reidiva hace años y medio.

16° = Kottwitz = Extracción con la pinza de un tumor que reidivó.

(1) = Strunkel = Archivi Italiani de A. D. y M. = Año 5. pag. 72. 1886.

(2) = Gougenheim = Annales de maladies de l'oreille de l'Agosto 1891 n.º 8.

(3) = Bollettino italiano di otol. A.º = Tomo 9.º = 22.º. 1893.

tres veces siendo en la última de naturaleza claramente cancerosa  
extirpado nuevamente con la cuchilla una hemorragia consecutiva  
tipo neurinoma la traqueotomía muriendo a los pocos días el enfermo  
14° Eschschin = Carcinoma sarcomatoso pediculado = Extirpación con la  
ya. Curación pero no hay datos posteriores por haber desaparecido  
el enfermo.

18° Fränkel publicó nuevamente en 1897 cuatro nuevas observaciones  
de enfermos operados por él, por este procedimiento que con las  
anteriormente citadas hacen un total de nueve con el resultado si-  
guiente: 1° Como curados completamente curados con una dura-  
ción de 13-16-9-6 años y 15 meses el último operado, dos tuvieron que  
ser operados más tarde de laringotomía, muriendo uno de estos  
años después de apoplejía in reidiva y el otro muerto de  
ganglionar y 1 muerto de reidiva cuatro años después.

19° Luvaz (1) Epitelioma de la cuerda vocal derecha - Degrado y extir-  
pación de la cuerda y cauterización de la izquierda con el galvano  
Curación sin reidiva desde Diciembre de 1897 a Mayo de 1898 esto es  
seis meses

20° Semow (2) Hombre de 70 años = Carcinoma verrugoso de la cuerda  
vocal = Con objeto de hacer el análisis químico antitoxina. necro-  
psia pero al extraerla tuvo la suerte de que todo lo que había  
extirpado era lo que constituía el tumor en totalidad. Seis años  
después el enfermo no tenía molestias a pesar de las protuberancias  
cancerosas del tumor bien establecida por Schottke que hizo el análisis

(1) Reunión de Laringólogos de Alemania de Her. Heidelberg

(2) Semow = Obituario M. Journal - 4 junio 1897



- 21<sup>a</sup> Stocker: Carcinoma pediculado de la cuerda vocal izquierda en un hombre de 6<sup>a</sup> años = Extirpación con la pinza = Curación con normal. Sin recidiva nueve meses después.
- 22<sup>a</sup> Maritz-Schmidt: Carcinoma verrugoso polipoides de la plica anterior de la cuerda vocal izquierda = Extirpación con la pinza Sin recidiva 10 años después.
- 23<sup>a</sup> P. Gluck: Carcinoma voluminoso pediculado y que partiendo del ligamento anillo cricofaríngeo izquierdo invade el tubo al inicio la nariz. Hombre de 4<sup>a</sup> años = Extirpación sin recidiva 8 años después de op.
- 24<sup>a</sup> Scheinmann: Carcinoma de toda la cuerda vocal izquierda en una mujer de 53 años = Extirpación con la pinza = Curación restando la voz. Bien 6 meses después.
- 25<sup>a</sup> Schenilgelow (1) en sus trabajos sobre el "cancer du larynx" publica varias observaciones personales entre estas la 1<sup>a</sup> de un epiteloma de la cuerda vocal derecha en un hombre de 72 años operado por este procedimiento, con buen resultado aunque nada dice del tiempo que fue observado.
- 26<sup>a</sup> Gouggenheim (2) Epiteloma pediculado de la banda ventricular izquierda = Extirpación con el arco galvanico. Sin recidiva 6 meses después.
- 27<sup>a</sup> Volz (3) Carcinoma fino celular en un hombre de 72 años Extirpación con la cucharilla del galvanico. Recidiva a los 8 meses y pronto después de haber sido traqueostomizado.

(1) Schenilgelow = Annales = Torno 23 pag 312 - 1897

(2) Gouggenheim = Annales = Torno 27 pag 512 - 1898

(3) Communication à la Société française d'otol. et est. - 25 Mars 1892

Estas son las observaciones que meemos podido recoger directamente, siendo la mayor parte de ellas citadas en las estadísticas de Hamberg-Ludjjack<sup>(1)</sup> y Frankel. Los Drs. además citan varios casos como los de Moritz y Schmidt, Schmidt-Cassart, Chiani, Simon, Arico, etc.<sup>2</sup> que aunque de buen éxito no hemos querido tener en cuenta por falta de comprobación.

Tenemos pues que en 35 operados no hubo más que una muerte operatoria de hemorragia secundaria a la segunda operación y otro muerto a las pocas semanas (caso de Krichater) pero hay que tener en cuenta que este la primera operación se hizo imperfectamente con objeto de salir al encuentro, pues el tumor era muy extenso. 18 recidivaron, tardando en presentarse la recidiva desde cuatro meses al que menos hasta dos y cuatro años el que más. 11 curados pero sin valor estadístico por no indicarse el tiempo que duró la observación o por ser muy pocos, incluyendo en estos tres que recidivaron en la primera operación y que nuevamente operados dieron como curados. 9 curados definitivamente habiendo durado la observación desde 1 año al que menos hasta 20 años; 2 curados con 1 año y 15 meses de observación y 3 sin datos por haber desaparecido los enfermos.

El Dr. Ludjjack en su estadística general ya citada recoge 32 casos de cáncer tratados por este procedimiento con resultado favorable en un 25% (más de 1 año sin recidiva) habiendo recidivado inmediata en el 40% 25% de los casos.

(1) Ludjjack: Des tumeurs malignes du larynx: diag<sup>ne</sup> et traite = Traducido por Frankel

## Valor curativo del tratamiento endolaringeo

A primera vista el resultado no puede ser más satisfactorio que una operación que no da más que el 3° de nuestros operati-  
y un 24% de curaciones debe considerarse como muy beneficiosa,  
pero si se tiene en cuenta que excepto el caso más favorable el de  
Schmiedler, que vivía sin recidiva hacia 20 años y que era un  
epitelioma, el de Scheinmann y alguno otro de los de Tränkel  
que eran fibro-sarcomas, y sarcomas muy diferenciados. Tumor  
que si bien maligno, no recidiva con tanta facilidad como el  
cáncer, ni tenemos esto en cuenta, en efecto el valor real de un  
estadístico quedará algo disminuido.

El mismo Tränkel partidario muy entusiasta de la opera-  
ción, dice, que aunque muy benigna no debe hacerse una  
de ella, más que en aquellos casos en los que se tiene  
requerido de extirpar toda la parte enferma con algo  
de tejido sano, pero más que según él, las recidivas no son  
ni más raras, ni más frecuentes que con los otros procedi-  
mientos si se trata de un benignidad lo desechamos su absoluto  
para los cánceres por considerar que en los cánceres en que  
se puede operar, da muchos mejores resultados y más seguros la  
laringectomía como vemos luego, y solo podemos vacilar en aquellas  
proliferaciones epiteliales de finja sarcomatosa y sarcomas bien pe-  
diferenciados, o más bien recidivas a las recidivas no es tan ma-

como en los cánceres, pero procurando siempre; primero extirpar no solo el tumor sino con inicio de implantación haciendo un buen legrado y cauterizando luego con el galvano, y segundo con frecuencia al enfermo para estos disyuntos a intervenir de una manera más radical en caso de recidiva.

Esta es la opinión del Profesor Giliari, que en sus dos últimos trabajos "Le rôle final des mes malades atteints de cancer du larynx (1)" y "Sur le diagnostic et le traitement du cancer du larynx (2)" dice no haber obtenido ningún éxito con este procedimiento el que debe reservarse como medio exploratorio o de diagnóstico o para los raros casos que reúnan las condiciones antes indicadas, debiendo tener siempre muy presente que la movilidad o fijeza de las cuerdas es un buen signo diagnóstico para juzgar de los progresos intersticiales del tumor, hecho que hizo contar H. Mackenzie.

Para terminar diremos, que este medio también ha sido usado por algunos autores como implemento paliativo en aquellos casos de cancer faringo-laringeos muy extensos, inoperables y en los que el tumor por su volumen ponía en peligro la vida y Scheinmann cita varios casos en que el fin fue notable y se prolongó algo la vida de los enfermos. Las Observaciones 1ª y 2ª son de casos en que la operación no tuvo otro objeto.

(1) - *Chirurg. Anglos* - Tomo 25 - 1ª parte pag 250 y siguientes - 1899

(2) - *Id.* - *Archives des laryngologie* - Traducido por J. Mier

## Laringotomía

La laringotomía o sección de la laringe fue aconsejada por primera vez por Desault<sup>(1)</sup> correspondiendo el honor de haber sido el primero en practicarla a Pottiers de Lovaina (según las descripciones que del hecho hacen d'Albers, Chermann y Middeldorff) que lo hizo en un hombre de 40 años para extirpar unos tumores verrucosos que luego fueron diagnosticados de epitelomas. He aquí el resumen de la historia<sup>(2)</sup>. Se hizo la incisión del tiróides en toda su extensión y se coagularon los tumores con nitrato ácido de mercurio. A los ocho días los tumores habían aumentado de tal modo que impedían la respiración, la herida que citaba casi cerrada fue agrandada, haciendo la ablación de una porción del tiróides, se coagularon nuevamente los tumores que volvieron a reproducirse con fuerza tanta que se abrió el cañal: Curación sobreviniendo al enfermo más de 40 años a la operación y muriendo de una enfermedad intercurrente.

Chermann<sup>(3)</sup> hace la 2ª laringotomía y de la lectura de su observación parece deducirse el tratado francés de un caso de crup<sup>(4)</sup> que el que verdaderamente lo abrió al trat.

(1) Archives chirurgicales par Richot = Paris 1798 = 11.ª parte pag 251

(2) Faits cliniques de laryngotomie = Essai de Pottiers - Paris 1859

(3) Laryngotomie dans un cas de polype du larynx = Contes recueillis de la Clinique de la ville de Paris - Tome 18-1846

de los tumores malignos por Gorden-Brock<sup>(1)</sup> que en 1851 operó una mujer de 51 años de un cáncer laríngeo diagnóstico solo por los desarrollos funcionales que presentaba, pero como se había inventado el laringoscopia y cuyo diagnóstico fue ratificado luego por el microscopio. Operación = Traqueotomía, incisión del tiroidees, incisión incompleta del tumor, y cauterización con el nitrato ácido; resultó rápida, sin extirpación y nueva resultó, cada vez más baja, de tal modo que obstruyendo la cañula el tumor subió que luego se traqueotomía más baja y aun así el tumor al mismo tiempo desplazaba la cañula de nuevo; un día al retirar la cañula, para cambiarla sobrevino un acceso de sofocación rápido que no dio lugar a colocarla y la enferma murió 9 meses después de la primera operación.

Samuel Gibb<sup>(2)</sup> practica otra tricotomía en 1864: Tumor polipiforme que nacía en la raíz de la epiglottis cubría las cuerdas vocales. Mujer de 29 años, después de una tentativa de extracción endolaringea, inresultada, se hizo la tricotomía prolongando la incisión de la traqueotomía que ya se había practicado, resultó rápida muriendo la enferma al día de la operación.

Alana de Perth<sup>(3)</sup> extrae por tricotomía un tumor e-

(1). *Ann. de laryngol. - Observations 25*  
(2). *Brit. Med. J.* = 1865 n.º 22 20  
(3). *Le. de Perth*

piteliales en los años 1865 y 1867, los dos enfermos salieron curados pero uno de ellos volvió a los tres semanas con recidiva y el otro fue por siempre curado.

Entre las 15 observaciones recogidas por el Dr. Blane encontramos dos de laringotomía: Observación n.º 2: Cáncer epitelial del lado derecho en una mujer a la que después de una tentativa de extracción endolaringea sin resultado, practica Denonmeaux la tricotomía con traqueotomía: el tumor es noduloso fue extraído con el bisturí, ligando después la base de implantación. Operada en año 1866, se reproduce en Mayo de 1868 y después de algunas tentativas de extirpación y cauterizaciones sin resultado, nueva tricotomía, extirpación y ligadura pero sin éxito porque el tumor se reproduce otra vez englobando ya toda la laringe y causando la muerte de la enferma al año de esta última operación.

Observación n.º 5: Hombre de 39 años. Tumor del tabique de una anastomosis aumentado en el ligamento aritenoido-epiglótico del lado derecho, con un ganglio inflamado junto a la carótida primitiva. Laringotomía con traqueotomía, recidiva a los 16 días y muerte algunos meses después.

La observación n.º 14 es también de laringotomía pero por recidiva en una muchacha de 21 años, que se reproduce a los 9 meses, muriendo otra vez sin que se indiquen sus resultados.

Entre estas observaciones que podemos considerar como pertenecientes a la parte histórica de la laringotomía vemos que el éxito habrá sido más o menos duradero en la curación

ha sido más o menos radical (absoluta por lo menos en  
pero que desde luego la mortalidad operatoria es nula, y esto  
indudablemente ha sido la causa de haberse extendido y adoptado  
no solo para el tratamiento del cáncer de laringe sino tam-  
bien para el tratamiento de todos los tumores de este órgano.

En efecto; Flavelson en su tesis inaugural recoge unas  
22 observaciones. Mackenzie 28. Serham en 1873 unas 37. Macken-  
zie en un trabajo posterior 48, pero ninguno autor contribuye  
tanto al estudio de esta operación como Van Bruns que en  
1878 en un trabajo notabilísimo recoge todas las observaciones  
hasta entonces publicadas más unas personales con un total de  
97. Max. Schüller en 1880 presenta seis nuevos casos y  
en 1885 recoge 16 observaciones de esta operación, pertenecientes  
a Boeckel, Loim, Armandole, Spaak, Solis. Cohen, Choumon  
Rose, Boeker, Clinton, Wagner, Knox y Lenes.

Es indudable que para haberse aceptado de una  
tan franca y extendida tan rápidamente esta operación, ha  
de haber grandes ventajas y así es en efecto, siendo la prin-  
cipal como hemos dicho antes la pequeña mortalidad que da  
en relación con las otras operaciones que se practican en  
laringe.

En la clínica del Dr. Cisneros se han hecho este año 9  
intervenciones: de ellas una en traqueotomía para entrar en un cuerpo  
extraño, dos para extirpar tumores benignos sin por cáncer de



estas nueve trótonias solo habido una muerte operatoria en un caso de cáncer (observación n.º 1) lo que da una mortalidad de 11%. Pero este tanto erróneo es en general y como el tal de repente de esta observación tenemos que estudiarlo en el solo con el cáncer latente, vamos a parar revista cuidadosamente a las observaciones que tenemos sobre recoger para de su resultado poder deducir lo que.

En el trabajo de Von Bruns a que antes hacíamos referencia se citan 18 observaciones de trótonia por cáncer, todas en muy malas condiciones y con un resultado que no puede ser más desfavorable porque en 5 casos la operación no pudo terminarse; uno murió de embolia; otro de causa plomocénica; en 4 la extirpación del tumor no se pudo hacer de una manera completa por su mucha extensión; dos por lo que algo la vida pudo ser redivivida uno y medio de años, y solo uno pudo considerarse completamente curado.

El caso operado por Sandoz<sup>(1)</sup>: Tumor del tamaño de una avellana del ventrículo izquierdo en una mujer de 20 años, redivivida 24 meses después, generalizándose en el hígado y en las metástasis pulmonares, pero manteniéndose indemne la función y la fuerza de la cavidad.

De los 4 casos operados por Pilling<sup>(2)</sup> desde 1875 a 1884, dos murieron de la intervención, uno de embolia y el otro de edema pulmonar; uno perdido de vista después de dos redivividas; tres redivivieron a los 1, 2 y 13 meses después de la operación y solo uno puede considerarse curado según en este la lesión

(1) New York Medical Journal 1855

limitada al lado derecho.

Hasta ahora los resultados no pueden ser mas tristes, pero ninguno.  
El caso 1º de Alphonse "Etiología por cancer laringeo", publicado en la Revue mensuelle de laryngologie (tomo 4º pag 211 - año 1884), es notable por el hecho de que resultó por continuación. En efecto operado el 21 de Junio, el 4 de Julio, se encontró un tumor tan voluminoso como el que se había extirpado y aunque el enfermo vivió todavía 10 meses fue en una lenta agonía que impresionó tan desfavorablemente a Alphonse que se declaró abiertamente en contra de toda intervención radical en el cancer laringeo no aceptando mas que la traqueotomía como tratamiento paliativo y único. "La tricotomía en los cancer de laringe me parece ser un suplicio mas para el enfermo y un triste espectáculo para la familia que asiste a una agonía lenta y mas temible y repugnante que la de los canceres muco de mama". Afortunadamente para esta opinión de Alphonse ha cambiado en estos ultimos tiempos como veremos mas adelante.

Burrow opera uno y nueve a los tres dias, en cambio Boeckel extrae por este medio un epitehoma resal de la cuerda vocal izquierda con tan buen resultado que un año y medio despues de la operacion el enfermo estaba perfectamente y hablaba con voz natural.

El de Thierrschel resistió a los dos años teniendo que hacer la extirpación total.

El de Pich murió a los 4 meses de recidiva observada a la octava semana de la operación.

Solis-Gobien (Gazette medicale de laryngologie 1888, n° 2 pag. 85) publica una tricotomía un epiteloma del ventrículo yamido, en un hombre de 20 años. La operación se hizo trece meses y en la fecha de su publicación el enfermo se encontraba perfectamente sin tener ninguno a recidivar.

No son tan afortunados los casos publicados por C. Wagner en el Medical-Record. De los tres casos operados de tricotomía con traqueotomía todos recidivaron muriendo los enfermos a los 13 meses, 8 meses y 2 años habiéndose presentado la recidiva en este último a los pocos meses.

Holker (Gazette de L'enseignement - Paris 1891) practica una larigopexia extensa (tróclea, cricoides y primera anillo traqueal), extirpar unos tumores papilomatosos de naturaleza cancerosa en un hombre de 54 años y es la última que la observación a que estuvo sometido este enfermo no fuera de más larga duración pues aunque el enfermo estaba muy bien al cuarto mes, es muy poco tiempo para darle como curado.

El valor tiene la observación de W. Dorrans (British Medical Journal - Mayo 1894). Tricotomía en un enfermo de

56 años por epiteloma de la cuerda vocal izquierda. A los 14 meses el enfermo no tenía voz.

Siméon Grant (British Medical Journal - 28 Mayo 1891) publica otro caso en el que a pesar de lograr con todo cuidado, cauterizando con el cloro de zinc, reducir el tumor a los 8 meses iniciando el curativo.

Moore presenta al Congreso francés de cirugía celebrado en París (Abril 1891) dos nuevos casos cuyo mal resultado le hizo ratificarse en la opinión emitida en 1884 (Revue hebdomadaire de Laryngologie, Otologie et Rhinologie. Tome II, page 641.). El 1º es el de un hombre de 58 años, epiteloma pequeño de tamaño de medio grano de uva, al primer tien limitado, exil, y apuntado sobre una cuerda sana, en una nalgaba en las mejores condiciones. Cristoma practicada el 28 Julio de 1888, logrado cuidadoso y cauterización con el galvano-cautero. Resultados operativos admirables, todo cicatriza perfectamente y con rapidez pero en Septiembre empieza a redivivir y después de varias alternativas muere el enfermo en Junio asfixiado.

La segunda observación se refiere a un hombre de 48 años, epiteloma bien limitado a los dos tercios posteriores de la cuerda vocal izquierda y parte del cartilago al mismo lado; cricoidoma hecho: Crisoma el 14 Mayo 1888 con logrado, cauterización y reunión de una porción del cartilago tróides para una mejor voz. El enfermo

cura rápidamente, en Julio 1889 retira la cámbula, pero en Agosto se presentaron los síntomas, tiene que colocarse otra vez la cámbula y en Julio del 1890 el Dr. Lande tiene que hacer la extirpación total de la laringe, primeros anillos de la traquea y resaca parte del esófago. El enfermo se encuentra bien hasta Setiembre y por último muere en Mayo 1891 de una...

En análogas condiciones se cobró otro caso operado por John Cohen de laringotomía (Philadelphia County Medical Society 25 Mayo 1892) y en el que a pesar del legado minucioso, la recidiva se presentó a las cuatro semanas teniendo más tarde que practicar la laringectomía total.

Hanthack opera un enfermo de tritotomía para extirpar un tumor situado a la cuerda y ventrículo derechos. Operado en Diciembre de 1892 se reaparece al final de Enero de '93 gran hinchazón del cuello, erisipela y ulceración de la traquea formando un tumor independiente y en cuyo todo al ser presentado este enfermo a la Sociedad Laringológica de Londres, no cuyo Butlin tuviera el menor influjo la tritotomía practicada. El enfermo murió en Mayo de 1893.

El caso presentado por Charles Grant a la misma Sociedad el 3 de Enero de 1895 se refiere a un enfermo operado de para extirpar un carcinoma y muerto a los 20 días de iniciación, pero ya iniciada la recidiva, y Phelps opera de laringo. finca con la cocaína un tumor grande que llenaba casi por completo la laringe (8 Enero 1894) muriendo el enfermo a los 14 días.

No me extrañará pues que en vista de los resultados tan poco favorables, no solo en mis observaciones propias sino en las de los colegas operadores, el Dr. Moore exprese entonces la opinión de que la tirotomía era una mala operación para el epiteloma confirmado y que solo podría admitirse para los casos de neoplasmas pedunculados y para el principio de los epitelomas cuando estos no pasasen de los dos tercios anteriores de las cuerdas vocales, por ser el mismo sitio donde se pueden ver sus límites y antes de que hubiese la menor inflamación o ensalada de infiltración en los tejidos vecinos, condiciones verdaderamente desfavorables, pero difícilísimas de encontrar pues en estos casos los enfermos no consideran su enfermedad de importancia y someten a una operación y rehuyen toda clase de como nuevo tejido ocasión de verlo en nuestra consulta.

Sin embargo desde esta época y merced al mayor cuidado en la elección de los casos, los términos del problema empiezan a variar y los éxitos son mas frecuentes.

En efecto; los Doctores Parlatore y Thomas practican tirotomía por cancer, manteniendo el enfermo sin recidiva un año después de practicada la operación (Revue Hebdomadaire de Laryngologie, Rhinologie, etc 17 Octobre de 1896) Tomo 15 pag 1233)

Clemson (1) y Spencer dan cuenta a la Sociedad Laringológica de Londres (11 Noviembre 1895) de dos operados de tirotomía por

(1) Revue internationale de Rhinologie en oct: Tomo 5º 1895 - pag 290 y 149

con buen éxito, pero el poco tiempo transcurrido algo de valer  
a otros dos casos lo mismo que al operado de Hunt y Paul (The  
Lancet 21 Octubre del 1896)

El Dr. Barling (British Med. Journal - 9 Enero 1897) operó tres veces de  
tricotomía a un mismo enfermo por recidivas oncosas del tumor  
que cada vez iba presentando caracteres más malignos, consi-  
derándolo la última vez como curado.

El de Hunt operado a la Sociedad Laringológica de Lon-  
dres (9 Enero 1897) operado de tricotomía por un epiteloma  
del tamaño de un grano de trigo se mantenía sin recidiva  
diez meses después de operado.

"Erman" cónique que se operado, hombre de 73 años, se man-  
tuvo sin recidivar cuatro años presentando esta al cabo de tan  
largo tiempo en la cicatriz cutánea y un ganglio cervical, pero  
no en la laringe.

Los casos de Barton y de Bruce Hamilton son más de  
dos: en el 1º una mujer de 34 años se reproduce el tumor a  
meses teniendo que hacer la extirpación total; y en el 2º un hom-  
bre de 41 años muere a los dos meses de operado.

Morre cuya opinión continúa a la operación en 1884 y 1891, co-  
municó ya su lista de estas observaciones y varias propias en  
un trabajo titulado "De la tráqueo-tricotomía" publicado en su  
revista (Tomo 18- 2º pagº 1265) se muestra ya muy favorable  
a la operación. El resumen de sus observaciones es el siguiente.

Cherbaoui 1º Hombre de 52 años. Epiteloma de la cuerda  
vocal izquierda. Operado de tricotomía en Octubre 1892. Sin recidi-  
va seis años y medio después de operado, y continuando la voz.

(1) Comptes rendus de la 5ª reunion des otolaryngologistes - Lancet 17 Junio 1894

Observación 2ª: Hombre de 60 años - Epitelioma parienturo del tercio anterior de la cuerda vocal izquierda. Sin novedad 5 años y medio después de operado.

Observación 3ª: Mujer de 60 años - Recidiva a los pocos meses.

Observación 4ª: Hombre de 63 años - Primera tricotomía y recidiva a los pocos meses. Segunda operación, sin novedad. 7 meses después otra operación con buen éxito no se puede tener en cuenta por el poco tiempo transcurrido.

El caso de Newmann<sup>1)</sup> es muy notable. opera un hombre de tricotomía el 1890 para extirpar un epitelioma del tercio anterior de la cuerda vocal izquierda. Recidiva el 1893 y nueva operación manteniéndose bien hasta el 1897 en que de nuevo y muere el enfermo de edema de la laringe.

Barellay - Barou opera un papiloma (?) por vía sublingual que se reproduce al año, tricotomía y recidiva a los pocos meses con mayor intensidad.

Berthio opera al Sr. Stumming de tricotomía por un carcinoma de la cuerda vocal izquierda con buen resultado, pues operado el 1896 no ha tenido novedad hasta la fecha.

Saman opera dos, uno en Mayo de 1897 y otro en Julio 1898 sin que hasta la fecha hayan tenido recidiva siendo el último la voz casi normal.

Birkitt extirpa un sarcoma por este medio en una contraindicación, después con éxito cronico. Sin novedad 4 meses y Hjort (Semaine Médical 1886 - pag 191) opera otro sarcoma del ano.

1) Glasgow - Medical Journal - Junio 1891 - Ocho 1887



teniendo resultado en un hombre de 62 años con buen resultado

Quem = Criotomía para extirpar un epiteloma recil de la cuerda vocal falsa. 1 año después sin novedad (Archives de Laryngologie, 1898, pag. 77)

El Dr. Bolea presenta al primer Congreso Español de la laringología (Barcelona 18 Noto 1896) un nuevo trabajo sobre criotomía y en el que se declara abyecto defensor de esta operación siendo a su juicio y en vista de la gran utilidad de la laringectomía parcial y total, la única que debe emplearse en el tratamiento del cáncer laríngeo, presentando tres observaciones propias, dos con muy buen éxito.

Observación 1ª. Hombre de 40 años operado el 10 de abril de 1890. Curación manteniéndose esta hasta tres años después que recidiva.

Observación 2ª = Operado el 13 Diciembre 1892, recidiva a los 5 meses, muriendo a los once meses.

Observación 3ª = Hombre de 46 años operado el 29 Octubre de 1893 y que se mantenía sin novedad en la fecha del Congreso esto es más de tres años.

Observaciones recogidas en la Clínica del Dr. Caminos.

Observación 1ª Epiteloma laríngeo lado izquierdo - Criotomía. Muerte.

Camelo Caminos = 66 años de Valdepeñas - epiteloma en la deglución desde hace unos seis meses, rouquedad y resaca en el cuerpo extraño en la garganta - El examen laringoscópico dejó ver un tumor grueso de color rojo oscuro, pediculado,

con la base en la faja cuerda del lado izquierdo y como recosta  
do sobre el repliegue ariteno y globo epiglótico y sobre porción de  
la epiglótica. Operación el 16 Nbre de 1899. Tricotomía,  
del tumor y panterización con el termo-cauterio de la base  
de implantación. Se sutura el túbulo con catgut y la  
con sola dejando la canula. El enfermo que en los  
10 días se encontraba bien, se encuentra muy inquieto  
el 3º día, se levanta a menudo de la cama, para lo  
agitado, al día siguiente enalopio, temperatura 38°5,  
expectoración mucosa - humilenta que se hace francamente  
humilenta el 24, muriendo en este día de hemo-memoria  
sua repentina.

Observación 2ª: Epitelium de la columna anterior de  
la laringe y algo del lado derecho - Tricotomía con  
de cartilago - Curación operatoria - Persistencia a los 6 meses -  
Muerte.

Ramon Roelnigney - Viudo - Almería: Ronqueros repetidos  
desde hace 20 años, Inmóvil y febril, afonía casi completa  
desde hace 2 años, sin dolores pero últimamente con alguna  
dificultad para respirar.

Examen laringoscópico: Tumor de aspecto denso, de  
color rojo oscuro, no bien limitado, pero que ocupa al pa-  
recer solo la columna anterior y algo del lado derecho de la  
laringe, no hay infartos. Se diagnostica de epitelium dia-  
notico confirmado por el microscopio, con el que se examinó  
una pequeña porción.

Operación: Enotomia, resección de toda la mucosa del ángulo anterior de la laringe y parte de lámina del tiroide, a través de la que hace un prero de providencia al tumor por lo que pasando algo respectando los tejidos blandos mucosos. Tirolivides est.º se resecan también. Limpiando el procedimiento de Gluck no se hace ninguna sutura, rellenando la laringe con almohadillas de gaza con su fijador correspondiente y dejando colgada la cámara de hemostolemburg. Operado el 4 de Diciembre de 1900, el 6 se levanta la cura extendida, el 9 se muda toda la cura y el 11 encuentran todo de buen aspecto y hacen las suturas uniendo las láminas del tiroide con cadgut y la piel con seda. El 14 desmenu de una noche muy inquieta con mucha tos y expectoración algo purulenta, se levanta la cura encontrando la herida infectada, con fetidez y sin unir los puntos de sutura, se levantan estos apareciendo el interior de la laringe de mal aspecto y el tiroide algo mortificado, se hace una limpieza minuciosa de la herida con agua oxigenada, rellenando todo de gaza. Continuando la fetidez en los días sucesivos se cauteriza con Cloruro de zinc y se hace una cura con iodoformo. Poco a poco la expectoración va mejorando haciendo mucosa, la fetidez desaparece y la herida cicatriza en su mayor parte manifestándose a su pueblo casi curado, pero a los seis meses reaparece y muere.

Observación 3ª Epitiliuma circuncrito de la pared vocal derecha. Enotomia. Curación.

Roberto P. de B. de 50 años, casado, de Madrid. No da más antecedentes que ser fumador y estar como hace un año, y tener algún ligero dolor que se prolonga al acto de hablar.

Examen laringoscópico: Pequeño tumorcito que nace de los dos tercios anteriores de la pared vocal derecha, de gran-

hiente y color rojo oscuro, cuerda paralizada pero no infiltrada. Al sacar un trocito para el ~~canalino~~ se ~~extirpa~~ con todo el tumor que es reconocido por el microscopio como epitelio.

Operación el 6 de Diciembre de 1900: Resección de la cuerda y banda ventricular. Al 3º día se levanta la cura externa y al 5º se hacen las suturas dejando la cámbula tapada. Se cicatriza todo lo posible menos los dos del centro que se han infectado por lo que se cortan cicatrizando esto por segunda intención. Se retira la cámbula tapada y se deja una voladura que se quita el 26 quedando cicatrizado todo perfectamente y nuevo elado de alta el 30. La temperatura máxima ha sido de 98°. Hacia la fecha en un mes.

Observación 2ª: Epitelio laríngeo del lado izquierdo - Crisotomia - Curación - Muerte de enfermedad intercurrente a los 4 meses.

Ranquera desde hace unos seis meses con algo de dolor. Con el laringoscopio se ve una tumoración roja oscura, de superficie desigual que comprende los dos tercios anteriores de la cuerda y banda ventricular del lado izquierdo, rebasando un poco la línea media. cuerda paralizada, resto de la laringe normal.

Operación practicada el 15 de Enero de 1901. el tercer día se le cambia la cura externa, el 5º toda la cura y el 7º se hacen las suturas. Todo marcha también que el 2 de febrero se le quita la cámbula, pero al día siguiente hay que colocársela otra vez, por no respirar con facilidad; con el laringoscopio se ve que la causa de la estenosis es una banda cicatricial que si bien estorba la luz de la glotis, no es tan grande como para producir la asfixia, y la causa es que el supurante puede entrar con la cámbula bastante, pero tiene miedo

cuando se la quita.

En estas condiciones y sin que hubiera renal ninguna de repa-  
dición muer el enfermo de pneumonia a los 4 meses de  
operado  
Observación 5: Epitelionoma de la cuerda vocal derecha. Cisto-  
mia - Curación

Daniel C. de 45 años, abogado, de Leon da como antecedentes  
el ser fumador y padecer roncquera desde hace 1 año. Pequeño  
tumor que comprime la cuerda vocal derecha, apareciendo también  
algo supurada la izquierda en la aspiración se extirpan las  
dos y tejidos inmediatos. Al 2º día se cambia toda la cura; el  
5º suena una enontrando manchado de oris el apórito, mis  
que fuge al parecer de un albero formado por el bazo de  
la cámbula, por lo que se rompe el punto inferior que  
ya estaba escatijado, rellenando la cavidad con goma, el  
17º día y en vista de que el pris no cura, se le quita la  
cámbula de Brandelemburg, que dificultaba algo la inspiración,  
moderándose apreciar que el pris procede de un espacio me-  
traqueal que se cauteriza con el nro de rino y llena de goma.  
Desde este día el pris va extinguiéndose, pero a poco, rellenando  
se la cavidad metraqueal. el 18º día se quita la cámbula  
y se suturan las laminas del tuciales y el 28º se quita.  
cámbula ordinaria permaneciendo tracheal por algún tiempo sin  
escatijar la fistula traqueal. Operado en febrero del 901 sigue  
sin novedad hasta la fecha.

Observación 6: Epitelionoma difuso de la laringe - Cistomía  
con variado de la laringe - Peridivisa - Extirpación total - C.  
Carlos Ma - de 44 años - rindo - mutante de

Antecedentes: Pasa sin dolor aun seis meses antes de presentarse en la clínica y con gran expectación. El examen laringoscópico hecho a fin de agosto elija un tumor aunque desarrollarse limitado al parecer al lado derecho de naturaleza evidentemente cancerosa. propuesta la intervención no fue aceptada volviendo el enfermo de la clínica. Vuelve a los dos meses pero ya el tumor se había extendido mucho rellenando por completo la laringe aunque sin salir de ella y siendo el estado general muy malo, por lo que se procura primero mitigar algo, pues en el estado en que estaba es difícil hubiera resistido cualquier operación de importancia, sin embargo las molestias y dificultades respiratorias son tan grandes que a toda prueba hay que hacer la traqueotomía a último de diciembre. En 26 Enero y ya algo más repuesto se hace una tricotomía extirpando toda la masa cancerosa que llenaba por completo la laringe dejando todo cuidadosamente y suturando con el termo. cauterio. Se hace la cura siguiendo el procedimiento de Gluck ya indicado. las consecuencias operativas son de las más benignas de tal modo que el 11 de Enero se retira la laringe y sustituye la caña por una ordinaria, cicatrizando todo a los pocos días. La tricotomía esta se había hecho con un fin puramente paliativo y por no poder el enfermo soportar una operación de más importancia, se deja la caña puesta pues a pesar del buen estado local se esperaba una reproducción del tumor, que efectivamente se presenta en Mayo, pero gracias a este drenaje de cuatro meses el enfermo está fuerte y en disposición de una intervención

más radical como es la extirpación total que destruyamos  
a un tiempo manteniendo el enfermo perfectamente hasta  
la fecha y sin alicances de nueva reproducción.

Estas son las observaciones que he provelido  
directamente, bien revisando la literatura de la  
como nuevo el resultado es unamente variable, dependien-  
do esto del mayor o menor entusiasmo del autor por la  
operación y del mayor o menor cuidado en la elección  
de los casos, siendo por lo tanto muy difícil dar cuenta  
exacta del valor operatorio y curativo de esta operación. Exa-  
minaremos con este objeto las estadísticas más importan-  
tes.

Hasta que Bilroth en 1873 propuso y practicó la ex-  
tirpación total de la hámula como tratamiento radical  
del cáncer, la tricotomía con escisión de las partes blan-  
das afectas representaba a aquel a pesar de que los resulta-  
dos obtenidos por las primeras no eran nada satisfactorios  
puesto que de las 19 observaciones recogidas por Von-Bruns  
en los años (desde 1851 a 1875) y practicadas por diversos ci-  
rujanos 2 murieron de la operación, de 16 recidivaron  
nuevamente y otra se ignora su resultado y solamente 1 (la mujer  
operada por Landt) se podía considerar curada, por  
más que nueve 22 meses después de operada, de cáncer  
del útero, del intestino y capulas metastásicas, pero sin  
recidiva hámula.

Después de practicada por Bilroth la extirpación total

de la misma, la tirotomía cayó en desuso, solamente en vista de la enorme mortalidad que aqueja las estadísticas de operación y de la extirpación parcial o cuando ha de ponerse en boca a pesar de que las primeras estadísticas equivalen siendo favorables. En las 9 observaciones recogidas por Scheier 14 en las que esta operación fue practicada, 3 murieron de la operación (33%), 5 de recidiva o bien lo corto de la observación no permitía formar juicio y solo un caso el de Salzer sin recidiva se mantuvo durante años y muere meses después de operado. La mortalidad es pues en esta estadística la misma que da la extirpación total (33.3%) siendo la más favorable en ella la extirpación parcial que presenta una mortalidad mucho menor (22%). Hoy que tenemos en cuenta sin embargo que el valor de esta estadística es muy relativo puesto que comprende casos de extrañe intralaringeo. Ponthier cuya estadística es más homogénea presenta un resultado diferente aunque en ella caso también más numerosas las curaciones en las extirpaciones parciales y totales; 23 curaciones parciales dieron 4 curaciones. 51 totales con ocho curaciones, en tanto que de 28 tirotomizadas solo se consideraron curados 3 casos. Con cambio los resultados operativos son mucho mejores en la tirotomía, de los 28 solo hubo 3 muertes operativas tras que en la parcial de 23 hubo 7 y en las totales de 51 murieron 16. Videmus la tirotomizada cuya observación



sea menor de tres años y que no podían darse tricotomías como curados, aunque realmente lo fueran, son mas numerosas que en las otras operaciones: 8 para la tricotomía, 5 para la extirpación parcial y 4 para la total. En vista de estos resultados no es extraño que Puthin olara la preferencia a la tricotomía con respecto de las partes blandas y resección parcial del esqueleto cartilaginoso cuando fuera necesario.

Entre otras muchas estadísticas son de las más notables las de y de Santi ones aunque la de Karl Bucher<sup>11</sup> es muy numerosa (120 laringotomías en total siendo de ellas 22 por cánceres y sarcomas) como en ella no especifica la conveniencia y resultado definitivo de la operación sino nada más que el resultado inmediato no podemos tenerla en cuenta.

Wholer que es partidario entusiasta de la tricotomía y que ha practicado 51 para extirpar tumores laringeos, todas las que buen éxito hace en su estadística en estudio comparativo entre esta operación y la extirpación total, del que resulta, que mientras en 163 extirpaciones totales hubo 67 muertes operativas, 47 residuas en el 1<sup>er</sup> año y 13 en los tres años siguientes, habiendo quedado 3% enfermos sin clarificación por no haber sido suficiente la duración de la observación; en las tricotomías 120 en total, entre ellas 22 tumores malignos, no hubo más que una sola muerte operaria 60% recobraron la voz y solo 7 murieron al cabo de algún tiempo.

120 Mas completo es el estudio que hace el Dr. Santi del resultado de las tricotomías practicadas en el Hospital de S. Bartolomé (British

M. Lammal - Octubre 1895). En efecto de las recogidas por dicho Dr. 2 fueron tirotomías exploratorias, en una el tumor era demasiado extenso y no se operó. en la otra aunque también de gran extensión, se quitó un pedazo, mejorando, mejor dicho aliviando al enfermo por algún tiempo. Dos para extirpar tumores que se supusieron malignos con dos curaciones. Trece extirpar tumores cancerosos con 3 muertes en los primeros días moría; 5 recidivaron en un espacio de tiempo comprendido entre un mes y un año y 5 curaron manteniendo la curación de dos años el que menos, hasta más de cuatro años tiempo que duró la observación.

Por último el Dr. Simon de Londres, en su trabajo publicado en la Revista de Laringología (n.º 22 - Paris 1895) sobre los resultados de la operación radical en la afección maligna de la laringe da las cifras siguientes: 81 casos de cancer, de ellos 44 intra-laringeos, 31 extra-laringeos y 6 de forma mixta. de los 44 intra-laringeos 1 curó por operación endolaringea (caso ya citado anteriormente) y de los 43 restantes solo en 15 recomendó y consideró indicada la extirpación por uno u otro procedimiento, practicándose la intervención en 12 de los que 4 fueron operados de tirotomía con resección de cartilago con 4 curaciones, 3 de extirpación parcial con 1 curación y 2 muertes; 4 tirotomías con resección solo de partes blandas con 2 curaciones y 2 muertes y una faringotomía sub-hioidea con una muerte. En total 18 tirotomías con seis curaciones. hermoso resultado obtenido gracias a la esmerada selección que los casos fueron elegidos, desechando todos aquellos en los que por la extensión de la neoplasia o por existir ya metástasis

ganglionares tienen menísimo un resultado desfavorable y contraindicatan por lo tanto la intervención y muy bueno también en general, pues que 12 operados dan 7 curaciones o sea un 58'3% y aun para ser más exacto denotando dos casos de diagnóstico dudoso quedan lo con 5 curaciones o sea un 50%. Los operados han sido observados de 1 1/2 años a 5 1/2 y solo en un caso parece haber recidiva (es el último operado y no hay noticias posteriores).

La estadística de Schummegelow que comprende todos los casos operados desde 1890 es menos brillante que la de Simon pero de resultados muy satisfactorios 55 operados de ellos 49 de tirotonia, 2 de tirotonia y faringotomía y 1/4 de faringotomía sublingual. En las 51 tirotonias 9 murieron operatorias, 43% sobreviven a la operación 42 o sea 85'7% y de estos, 14 murieron de recidiva. De los 28 restantes en 12 el resultado fue dudoso por ser de un año o menos el tiempo que duró la observación. Han sobrevivido más de un año 16 pero aun esto es poco tiempo así el total de las curaciones radicales debe quedar reducido a 9 habiéndose seguido la observación de estos en 2, dos años y 3 meses y en los 7 restantes de 3 a 5 años, lo que da un 18 1/4% de curaciones.

Estadística personal. Como resultado operatorio no tienen todavía ningún valor las observaciones propias por el poco tiempo transcurrido, un año el caso más antiguo, sirviendo tan solo para confirmar la opinión de la benignidad de la tirotonia, pues de los 6 operados, más 12 operados recientemente, solo uno murió de la operación lo que da un 12'5%. Si las observaciones propias no me dan datos suficientes para establecer ninguna conclusión no para lo mismo con los datos por mi seleccionados. Haciendo una cuidadosa simplificación de las

53 observaciones por mí recogidas nos da el resultado siguiente:

Muertes breves	4
Recidiva antes del año	1
id después del 1 <sup>er</sup> año	5
Curado con poco tiempo observación	9
id entre 1 año	2
" " 2 "	2
" " más de 2 años	14

Total = 53

o sea un 26'6 % de curaciones, debiendo tener en cuenta que en la mayoría de estos 14 enfermos, la observación duró 5 o 6 años tiempo más que suficiente, no ya para autorizar la intervención sino para darlos como **curados definitivos**.

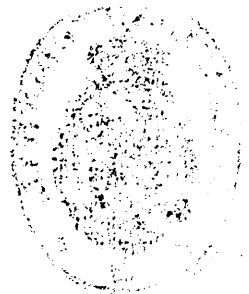
La mayor parte de los casos de laringotomía son de tirotoomía y así no es extraño que nos hallamos referido siempre a esta operación. Van. Boven ha recogido solamente 4 casos en los que sea la laringotomía la comprendida además del tiroide, la membrana crico-tiroidea, el cricoides y hasta los primeros anillos de la tráquea (laringo-traqueotomía). Mas pues que han sido los casos de laringotomía subglotidea o tiroglotidea pero como esta operación tiene un importancia especial vamos a tratarla separadamente.



## Faringotomía

La faringotomía subhioides o tirohioides o faringotomía transhioides de Langenbeck consiste en abrir la laringe por la membrana tirohioides bien transversalmente siguiendo el borde inferior del hioides o bien verticalmente seccionando el cuerpo de este hueso. aconsejada esta operación por Malgaigne y Vidal de Cassis fue practicada por primera vez por Prat en 1850 y después por Collin en 1863. Foeo practicada aunque muy meliorada por Loven, Richet y sobre todo Langenbeck tiene una indicación especial cuando el tumor ocupa la epiglottis, dejando libre la porción inferior de la laringe.

Las observaciones por mí recogidas son las

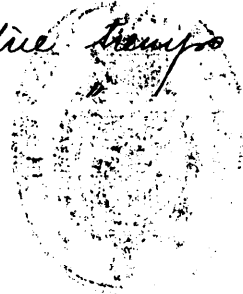


# Faringo tonsilas or cánceres.

Nº	Nombres	Fecha	Edad	Resultado
1	Brauer		H. 40	R <sup>va</sup> a los 3 días N <sup>va</sup> op <sup>ra</sup> con resaca p. tróides - C <sup>on</sup> 9 años <sup>de</sup> <u>vida</u>
2	Gordon-Buch	1851	M. 51	Depues varias recid <sup>vas</sup> N <sup>va</sup> op <sup>ra</sup> M a los 9 meses 1 <sup>a</sup> operacion
3	Sumner Gibb	1864	M. 29	R <sup>va</sup> rápida M. al año op <sup>ra</sup>
4	Fraser	1865	H. 56	R <sup>va</sup> a las 3 semanas
5	id	1867	H. 48	Curacion - poco tiempo observacion
6	Lands	1865	M. 30	R <sup>va</sup> a los 22 meses
7	Moure	1884		R <sup>va</sup> inmediata M a los 10 meses
8	Brown			M a los 2 dias
9	Breckel			Curacion 2 1/2 años observacion
10	Chienck			R <sup>va</sup> a los dos años - T. C.
11	Pick			R <sup>va</sup> rápida - M a los 4 meses
12	John Colz	1888	H. 30	Curacion = Obs <sup>ra</sup> 2 1/2 años
13	Clinton W			R <sup>va</sup> = M a los 3 meses
14	id			id = M a los 8 meses
15	id			id = M a los 2 años

Nº	Nombres	Fechas	Edad	Resultado
16	Krollier	1891	H. 54	Curaición - solo 4 meses observación
17	Somnie	1894	H. 56	id. - Bien a los 17 meses
18	L. N	1891		id. - Sin tiempo observación
19		1891	48	R <sup>va</sup> y M a los 8 meses
20		1888	58	id. a los 2 meses - M a los 11 meses
21	id.	1889	48	Op <sup>da</sup> 3-88 - R <sup>va</sup> en 11-89 - E. E. en 7-90 - Men 3-91
22	Cohen	1892	52	R <sup>va</sup> a las 4 semanas - E. E.
23	Krauthart	1892		R <sup>va</sup> rápida - M a los 5 meses
24	D. Grant	1895		M a los 20 días ya iniciada reidiva
25	Philps	1894		M a los 17 días
26	Pantabulo y B	1896		Curaición - Sin reidiva 1 año después
27	Simon y B	1896		sin tiempo observación
28	id.	1896		id.
29	Borling	1897		Varias reidivas - Curaición - Sin tiempo
30	Hunt	1897		Curaición - Bien a los 10 meses después
31	Lismon		73	Curaición - Bien a los 4 años
32	Barton		M. 34	R <sup>va</sup> a los 3 meses - E. E.
33	Bruce		H. 45	M. a los 2 meses.

Nº	Nombres	Fecha	Edad	Resultado
34	Morse	1892	H. 52	Curación - 6 1/2 años observación
35	id	"	" 60	id 5 1/2 "
36	id	"	" 60	R. a los pocos meses
37	id	"	" 60	R. a los pocos meses - N. Op. bien 7 meses después
38	Auger	21-10-76	" 66	Hecha con el tumor canceroso = Curación = en tiempo
39	Flaton		" 70	No puede terminarse por ser muy extenso el tumor
40	Spencer		" 70	M. al 7º día tranquilis
41	Flamor		M. 65	Curación = Bien 5 años después
42	Rinnen		H. 50	id = Sin recidiva - No dice tiempo
43	Lensen	1894	" 44	M. al 3º día
44	Rosenbaum	"	" 64	Curación - No indica tiempo
45	Weinbecker	17-5-92	" 25	id = Sin recidiva local un año
46	Pomer			Curación = No dice tiempo
47		1-96		"





En este ultimo caso el autor modifico el procedimiento hasta entonces empleado haciendo la faringotomia transhioidica reccionando el cuello hacia la izquierda, modificacion muy ventajosa y que comunicada a la Sociedad de Ciencias medicas de Lyon<sup>1</sup> ha sido aceptada por la mayoria de los cirujanos, practicandose de esta manera la siguiente:

Observacion propia n.º 7: Epiteloma de la cara posterior de la laringe y la epiglotis en el lado izquierdo. Faringotomia transhioidica con tricotomia - Fuente de bronconeumonia.

Franisco Moreno de 55 años, labrador de S. Benito (Badajoz) Sin antecedentes dignos de mencionarse hasta hace un año que empezó a sentir molestia al tragar sobre todo la saliva y los líquidos con ligero dolor, poco despues tuvo un fuerte catarro y desde entonces perdio algo la voz y se aumento el dolor en la laringe al tragar, dolor que algunas veces se propagaba al oido izquierdo.

Examen laringoscopico: tumor del tamaño de una pava en la cara posterior de la epiglotis cubriendo toda su mitad izquierda, tumor de color rojo obscuro, superficie desigual y que parece depender algo hacia la laringe pero sin interrumpir la cuerda.

Operacion practicada el 16 Octubre de 1904: Faringotomia con tricotomia, extraccion de la epiglotis, sequeccion de los quistes epigloticos del lado izquierdo y banda neumonica. La operacion se hizo siguiendo el procedimiento antiguo retirando inmediatamente todo, dejando la cavidad tapada y por mas seguridad se rellenó la laringe con gaza de yodo. extremo de la traca por encima de la cavidad para prevenir

extraer mas tarde, pero los movimientos de deglución hicieron inútil esta maniobra extrahiendo al poco tiempo la mayor parte de la gaza por la boca.

Los primeros días la marcha fue buena - pero al cuarto día la temperatura subió a  $38^{\circ}\text{F}$ , la expectoración tomó mal cariz traíquere por último fué fuertemente pronunciada y dio el enfermo de bronco-pneumonia repentina al 7<sup>o</sup> día de operado.

No he podido encontrar en la literatura de la espiro-lolad estadísticas exclusivas de fangotomías y no es deñar pues es operación poco practicada por lo de sus indicaciones, además los resultados no son muy atrayentes; en efecto las 47 observaciones que he podido recoger han sido:

Muertes operativas	-	4
Peridura y muerte dentro del 1 <sup>er</sup> año	---	16
id id id después id	-	4
Curaciones con poco tiempo observam.	-	11
id con un año id	-	5
id con mas de 1 año id	-	7

Total = 47

De modo que si bien las muertes operativas no llegan al 8% las curaciones definitivas solo dan un 16.8%, cuando dada la benignidad debia dar mayor numero de curaciones que la tricotomía. Sin embargo es un tanto por cierto muy aceptable y esperamos que con la nueva técnica este se elevará sobrepassando el de las tricotomías.

## Laringectomia = Histeria

La laringectomia o extirpación total de la laringe es una operación relativamente reciente pero aunque las primeras experiencias fueron hechas en 1829 por Albers, realmente hasta que Billroth la practicó en el hombre en 1873 no entró en el dominio de la cirugía.

Como hemos dicho a Albers corresponde el honor de haber sido el primero que intentó la extirpación de la laringe. Estas experiencias fueron hechas en perros y en resumen que lo que tenemos de agregación de Schwartz es el siguiente:

1ª Experiencia: Ablación de la mitad inferior izquierda del cartilago tiroideo: Curación sin fistula

2ª Experiencia: Experiencia sobre el mismo perro. Ablación de otra porción de cartilago: restablecimiento de la voz: Curación

3ª Experiencia: Extirpación en el mismo animal mucho tiempo después de toda la laringe, cortando la traquea al nivel del 2º anillo: Muerte una hora después de la operación, se había perdido la coartación

4ª Experiencia: Extirpación total de laringe sin lesión arterial notable: no hay disnea, pero la alimentación es imposible, el animal muere por la sed y muere el animal al día siguiente.

El Dr. Schwartz en su tesis inaugural asegura la laringotomía para los cánceres cuando la asfixia es inminente y de hecho se extirpa totalmente el neoplásico.

(1) de la laringectomia et de

de 1866

vine esta operación y que una extirpación parcial de la lin-  
ge sería el mejor tratamiento

Sin embargo estaba reservada a Czerny el honor de llevar  
esta operación a feliz término demostrando en favor de ella  
que hasta entonces estaba bien establecida pues aunque Watson  
la había practicado ya en el hombre por una estenosis  
sifilitica en 1866, el hecho no fue conocido hasta  
Foules reclamó la prioridad de la operación en Con-  
greso de Leuven de 1871. Czerny en efecto se vio en 1870  
la experiencia de Albarr y extirpa la laringe a cinco  
puntos de los cuales uno mínimo a los dos días, dos  
a los 15, uno a los 28 y el último al que había traquea  
tomizado previamente para y se restablece quedando  
muerto<sup>(1)</sup> en experiencias posteriores extirpó la epiglottis sin  
inconveniente, imaginó una sonda vocal, permitiendo  
alimentación con la sonda esofágica durante los 1<sup>er</sup> días  
y considera posible la operación en el hombre.

El Dr. Blane<sup>(2)</sup> sin embargo al hablar del tratamiento  
del cancer y comentando estas experiencias decía "el autor  
no puede la operación en el hombre, que el sea luego  
el primero y luego juzgaremos. Pero si fuéramos en los ner-  
vos y vasos que hay en esta región y recordamos lo peligr-  
oso que hace esta brevedad una operación tan  
como la extirpación de la glándula tiroidea, vemos que

(1) de la obra de Mayoll. Paris 1872 - pag 695

(2) Blane - étude sur le cancer du larynx - Paris 1872

ninguno cirujano se atreverá a intentarla antes que él,

Poco tiempo había de pasar para verse desmentida  
opinión de Blanc, en efecto el 21 de Diciembre de 1879 hace  
Billroth su primera extracción de baringe en un hombre  
de 36 años por un cáncer, y aunque el enfermo murió  
de reclusiva a los 7 meses, el éxito operativo fue notable y  
la operación hasta entonces considerada a lo más como  
posible entraba bajo el dominio de la cirugía. A  
pues, comprendiendo el honor de haber introducido esta ope-  
ración en la cirugía por a pesar de la primicia  
que respecto de la idea quieren atribuir a Langenbeck, Hie-  
ter y Koberlé y como la de Watson no fue e  
el fue el primero que la llevó a cabo y con feliz  
éxito. Su ejemplo fue seguido en los demás países habien-  
do sido el primero en practicarla en España el emi-  
nente cirujano D. Federico Rubio al que siguieron poco  
después los Doctores Sota y Santa, Cisneros y Caro  
Los Drs. Dovers and White en un trabajo publica-  
do en Abril del 1895 en el British Medical Journal dan  
un resumen de 200 observaciones de baringectomía total  
por cánceres o tumores malignos. Lo más que he podido re-  
cor mas que doscientas setenta y una de las que han sido re-  
lataadas con un anterior han sido recogidas directamente  
por mí y ratificadas y las otras tomadas de la esta-  
dísticas publicadas en las Memorias de S. , el Younger,

Perushet, Pingouat, Schumigelow, etc, etc con tres observaciones  
personales que son las siguientes;

Observación nº 8: Carinoma difuso de la laringe: Laringo-  
exen total: Carcinoma.

Leandro B. de 55 años, casado. Labrador, de Solana. (Ciudad  
Real). Sin antecedentes que puedan relacionarse con la  
enfermedad actual. Desde hace año y medio empezó a sentir  
sequedad y más tarde tos y dolor en el pecho que se  
irradiaba a los dos lados, últimamente dificultad para  
respirar: Examen laringoscópico: Tumor difuso de color rojo  
que se extiende por la cara laringea de la epiglótis,  
desde su mitad inferior, cara anterior de la laringe  
y por las paredes laterales internando las bandas ven-  
triculares y parte de la pared posterior especialmente  
en el lado izquierdo, adoptando esta tumoración  
en su conjunto la forma de un anillo en el que  
están englobadas ambas cuerdas y bandas ventriculares que  
están paralizadas. No hay ganglios infectados.

Se diagnosticó de epiteloma, ratificando este diagnóstico el  
examen microscópico.

Dada la extensión del tumor el tratamiento radical  
no podía ser otro que la extirpación total de la  
laringe; por lo tanto y aceptada la operación por el en-  
fermo se hizo esta del 12 de Mayo de 1937. El procedimien-  
to empleado fue el de Ferri modificado por el Dr. Cis.

neros, modificación que consiste en hacer una esofagotomía completa uniendo la pared anterior del esófago a la base de la lengua, suprimiendo la fistula faríngea y aislando por completo la laringe del tubo digestivo y evitando así uno de los mayores peligros y causa más frecuente de muerte, la bronco-pneumonia septica.

Las consecuencias operativas fueron de las mas benignas que se podía esperar. La temperatura no paso de  $98^{\circ}2$ . La alimentación se hizo en los primeros dias con la sonda pero desde el sexto pudo deglutir perfectamente. Los puntos se quitaron a los 8 dias, habiendo cicatrizado toda la herida por primera intención, mente se infectaron los puntos que sujetaban la trakea a la piel mortificandose por lo que se dependieron todos, eliminandose tambien un anillo de la trakea pero el resto de esta, estaba perfectamente cicatrizado por bajo y no hubo temor de que se hundiera en el mediastino. Pto retrajo algun tanto la operacion que sin embargo fue completa al mes de operado. Alas antes de dar de alta al enfermo y cuando fuera malita la respiracion en algunas ocasiones por haberse retraido como uno de centimetro la trakea detras de la lengua externa, se coloco una canula un poco mas chata y recta que las ordinarias con objeto de mantener abierto el

oírse queal. la curación se mantiene hasta la fecha.  
Observación n.º 9: la historia de este enfermo es la  
continuación de la observación n.º 6 y que damos aquí  
mas extensa.

Carlos Martínez ingresó en el Hospital el 11 de sep-  
tiembre de 1900, con un epitelionoma bastante de-  
pues limitado al parecer a la mitad derecha de la  
laringe por lo que se le propone una laringectomía  
parcial que no fue aceptada por el alta. El 9  
de Diciembre ingresa otra vez pero ya en muy mal  
estado, el tumor se había extendido a toda la laringe,  
dificultando mucho la respiración por lo que de urgen-  
cia hubo que hacer la traqueotomía. El estado ge-  
neral que era muy malo se abrió algún tanto  
pero no lo bastante para pensar en ninguna  
operación de importancia por lo que y con objeto  
simplemente paliativo y tratar de prolongar algo más  
la vida se hace el 26 de Enero de 1901 una laringo-  
tomía variando por completo la laringe del tumor  
que la lleuaba haciendo un rasgado con la emba-  
rilla y continuando con el tumor - quitando las con-  
venciones operativas no produciendo mas lesiones  
la temperatura no paso de  $37^{\circ}7$ , al 5 de febrero se retiró la  
laringe quitando despues la escala de Brandelbourg



y substituyendola por una ordinaria, la curación fue im-  
mediata, el enfermo dejó a los pocos días la cama y em-  
pezó a repaenarse y mejoró su estado general de  
modo que en Marzo ya reproducido el tumor se  
le propuso una laringectomía total y aceptada se  
realizó el 22 del mismo mes. El procedimiento em-  
pleado fue el clásico pero no era aplicable el de  
Féner, modificado como en el caso anterior. El  
más difícil fue el de sección de la tráquea por esto  
esta muy baja y adhiriendo a los tejidos que forma-  
ban la fistula tr. real. Hubo que romper el hí-  
des y unos cuatro centímetros de la pared anterior  
del esófago que aparecían oscuras, lo que difi-  
cultó en gran manera la esofagografía porque la  
pérdida de sustancia era grande, no es muy elasti-  
ca la pared esofágica y porque faltando el hí-  
ludo que para las suturas por los restos de murens  
milo-hioides que se desahucan con facilidad, sin  
que se pudo conseguir la unión sin que sintieramen-  
te haya habido la entosis que era de tener. Las  
consecuencias operatorias fueron muy benignas. La  
perforación máxima fue de 38°6, la extracción fue el  
primer día sanguinolenta, pero después fue prau-  
mente muera. La alimentación hecha con la sonda

en los 1<sup>er</sup> días, pudo hacerse sin ella al frente, siendo la ordinaria desde el octavo. El 4<sup>o</sup> día estaban circunscritos todos los puntos menos uno junto a la pero había un pequeño infante sub-masilar difuso, de forma que correspondía al sitio de la sutura esofágica y que hizo pensar al pronto en una resisiva rápida. Inmediatamente no era así, sino que el enfermo había un poco de leche y esta había pasado a través de la pared del esófago todavía no cicatrizada, el infante desapareció a los pocos días. El 1<sup>o</sup> de Junio se substituyó los camels de Gremdelung por una ordinaria siendo dado de alta el 15 desde cuya fecha continúa sin novedad.

Observación n.º 10: Benito Lopez de 38 años - casado, japonés natural de Lepes (Colocho). Sin antecedentes, fumador y bebedor, buena salud habitual hasta hace 3 meses que empezó a presentarse cono, remanente de cuerpo extraño en la garganta con algo de dificultad y dolor a la deglución que se irradiaba al resto del aparato, tos y gran salivación. Hace un que se presentaba un pequeño bulto en la región posterior del cuello y gorgoteo: Ingresa en la clínica el 16 de Noviembre de 1904.

Examen laringoscópico: Enmoración difusa que comprende toda la mitad inferior de la cara laringea de la epiglotis.

hacia el lado izquierdo, repulsióne anterior - epiglotico, cuerda y banda  
ventriculares del mismo lado pero sobrepasando por delante y por  
detrás la línea media, el resto del lado derecho está furoje-  
cido como excavado en su parte media en relación con el  
abultamiento del lado izquierdo, pero con movilidad normal  
que contrasta con el lado opuesto que está paralizado. Un  
pequeño infarto en la región carotidea izquierda por delante  
del lóbulo anterior del esterno - cleido - mastoideo.

No cabe duda respecto al diagnóstico, se trata de un  
tumor maligno de naturaleza probablemente carcinomatosa  
pues solo estas clases de neoplasias evolucionan con tal ra-  
pidez y con objeto de no estimularla no se quita un  
pequeño trozo para su examen microscópico como es  
costumbre antes de la intervención.

Propuesta y aceptada la extirpación total de la la-  
ringe y ganglios afectados se hace aquella el 21 de Noviembre  
de 1917 por el procedimiento de Périer modificado sin que haya  
nada notable que añadir a la descripción que de la opera-  
ción he hecho en observaciones anteriores, extirpándose en la mis-  
ma zona los ganglios afectados.

Las consecuencias operativas fueron benignas pues si bien  
en los primeros días la temperatura fue de  $38.6^{\circ}$  y al día  
siguiente de la operación de  $39.7^{\circ}$ , el día 24 la temperatura  
era normal, el 27 se habían quitado todos los puntos  
por estar cicatrizados, pero la alimentación tuvo que volver  
a hacerse con la sonda por haberse entubado dos

pequeñas fistulas faringicas en la parte superior de la cicatriz  
se cerraron a los pocos dias. En 16 de Enero se extirpa toda la  
cadena de ganglios carotideos pues se habia presentado otro  
pequeño linfoma en el sitio de los anteriores.

El examen microscopico que hice coloreando las prepa-  
raciones por el procedimiento de Van-Giemer esto es he-  
matilina, picro-fuchina, deshidratacion con alcohol absoluto  
y embalsamamiento con esencia de bergamota me ratifico el  
diagnostico clinico indicando se trataba de un carcinoma.

El enfermo salio de alta a fines de Enero, pero en  
Febrero de 1902 se presenta otra vez, con un infarto lin-  
fante voluminoso, del tamaño de una nuez, detrás del  
angulo del maxilar del lado derecho, nada en el 1.º  
ni del lado de la laringe. Inmediatamente se pro-  
cede a su extirpacion que se hace el 21 de Febrero. La ope-  
racion fue delicada teniendo que hacer una diseccion prim-  
ciosa pues estaba en contacto con el paquete vascular  
de tal modo que hubo que sacar un trozo de la yugul  
interna, cuyo tronco formaba parte integrante con el tumor.

Posteriormente y en el sitio del primitivo infarto ganglionar  
nuebre a presentarse otro nodulo canceroso, del tamaño de un  
nuevo de palomero que tambien se extirpa pero perdiendo por  
completo las esperanzas de curacion pues a pesar de no haber  
recidiva laringea es imposible limpiar de linfaticas las regiones laterales del  
cuello y las venidas locales matarian al enfermo.

Quiero ahora el resumen de las laringotomias practicadas y que he po-  
dido ver en la literatura medica hasta la fecha.

## is resectomias totales por cánceres.

Nº	Nombres	Fecha	Edad	Intestino	Resultado
1	Watson	1866	4-36	En la laing y 1º	m. al final 2ª semana post op.
2	Billroth	21-12-73	36	En la 1/2 epiglo y 2-1º	Reidivó al 4º mes y m. al 7º de la op.
3	Heine	22-4-74	50	C. E.	id y m. 5 meses después op.
4	Maas	1-6-74	56	id	m. al 4º día de pneumonia
5	Schmidt	12-8-74	56	En la ari-tiro y vno	m. al 4º día de colapso
6	Billroth	11-11-74	54	C. E.	m. al 2º día de bronco pneumonia
7	Watson	1874	60	"	m. al fin de la 2ª semana
8	Schönborn	22-1-75	72	"	m. al 7º día
9	Botteri	6-2-75	24	"	Curación a pesar de hemorragia y cirugía. Bien 3/4.
10	Von Langen	11-7-75	57	Hivido + 1º id y extirpado	Reidivó ganglios m. 4 m. después op.
11		27-7-7	59	Op. de parcial	Reidivó, extirpado m. 2 m. después op.
12	idem	9-8-7	47	C. E.	m. 2 m. después de reidivó
13	Maas	5-2-78	50	Total epiglo y parte	Reidivó 3 m. m. a los 5 de hemorragia
14	Gardes	20-3-76	76	C. E.	m. al 4º día
15	Reyher	5-76	60	En la - epiglotis	al 4º día de pneumonia hipotática
16	Watson	1876	m. 36	Total	m. en la 1ª semana = embolia

Nº	Nombres	Fecha	Edad	Extensión operativa	Resultados
17	Lauderer	1877	45	id	1/2 de residua al 4º mes
18	Koninski	15-2-77	m. 26	id	M de id 9 meses después
19	Boltini	29-8-77	48	id	M al 0º día de puer.º d'lle - con el gaba
20	Stouli	21-10-7	28	Total - cuerno y un artemisio	Curación. M 17 meses después tris laing
21	Wegner	16-9-7	52	Total, epiglo y 1/2 inf distal	id. Sin residua 11 meses después
22	Victor Bonus	29-1-78	54	Total	id y M 5 meses después. Sin trag.º puer
23	12º 10º	11-5-7	41	"	al 15 de inactividad = Picon y ne.º tris
24	Czerny	24-8-78	46	Total y ganglio	Residua cuello - local tumores = M en Mbe
25	Billroth	27-9-7	13-M	Total + cuerpo tris y parte de	M a la 5ª semana por introd.º onda
26	Gumbauer	24-3-79	24	Total	M a la 2 meses interubris = tris diagnóstico
27	Mac-brew	13-7-79	55	ing + parte de la elugro y de	M al 3º día puer.º
28	Baselli	20-9-79	19-M	Total + parte de ganglio	Curación - en 1888 sin residua
29	Lange	12-10-7	74-S	Total + "	Residua - M inactividad 7 meses después
30	Billroth	29-11-79	60	"	M al 2º día puer.º
31	Mittanowsky	4-12-79	60	"	M al 5º " " "
32	Langenbuch	1979	M	"	" al 3º " " " elapso
33	Reyher	1980	40	"	" al 7º " " puer.º
34	Thiersch	26-2-80	96	Total + dr anillo	Curación = Residua 2 1/2 años y M 3 1/2

Nº	Nombres	Fecha.	Edad.	Intervención operatoria	Resultado.
35	Chienest	15-4-80	52	Total	Curación - Bien 5 1/2 años - M. pueril en R.
36	Kocher	7-80	52	id	Curación - Bien 3º y 7 meses después
37	Nivaro	12-7-80	69	id	R. al 4º mes - Nueva op. y M. de hemor. al 11º día
8	Billroth	14-9-80	26	Total y 1ª anilla	M. al 8º día de hemor. secund. - frag. pueril
39	Gyeny	11-10-8	47	laringe y tejido <sup>impedimento</sup>	R. rápida - Incuración interna 5 m. - M. de hemor.
0	Thalier	23-10-8	68	Total y parte interna	Curación - Bien en Mayo 1919. Halla en canda
1	Thierack	10-11-80	45 M	laringe y parte f.	R. a 5 semanas - M. al 4º mes
42	Bischof	2-12-8	49 M	id	M. al 16º día de neumonía y
43	Kovinsky	1880	50	Total	M. al 4º día de neumonía
44	Pick	16-1-81	39	Total y epiglotis	M. al 5º día neumonía y pericarditis
45	Thierack	17-1-81	57 M	l. y parte esófago	M. al 7º día neumonía
46	Fro	2-3-81	57	id - laringe y p. f.	M. al 4º día enfisema pulmonar
47	Van-Winnant	4-81	55	Total	Curación - Bien en Julio 1886. M. en R. apopleja
48	Foulis	20-4-81	50	id	id - Bien 5 meses después (pro tiempo)
49	Gyeny	12-5-81	47	Total y 2 anilla	id - M. de resaca 10. meses después
50	Rugher	14-5-81	57	Total	M. al 5º día bronca neumonía
51	Kocher	16-5-81	59	Trachea - parte interna	Curación - M. 2 años después
52	Filavos	1881	51	Total	M. a las 36 horas de colapso
53	Thierack	1881	41	id	Curación - M. de resaca a las 4 meses.

	Nombres	Fecha	Edad	Examen operatorio	Resultado
54	Gusenbauer	19-5-81	48	Total	Curacion Incompleta. 7 1/2 años después
55	Volker	28-5-81	44 M	id	M. a los 5 meses de asfina al quitarse la ca- bula p <sup>a</sup> tiene prurito
56	Albert	6-7-81	45	Total y parte orofaríngea	M. a los 8 días
57	Id.	12-8-81	46	Total	M. a los 25 días gangrena pulmonar
58	Margary	29-9-81	26-m	Total + 1 anillo y parte p <sup>a</sup> y orofaríngea	R <sup>ta</sup> al 3 <sup>er</sup> mes. M. de hemorragia Mayo del 82
59	Gusenbauer	25-10-81	73	Total	Curacion - Bien Curado después M. en R <sup>ta</sup> plenaria
60	Reyer	10-10-81	73	Total y 3 anillos	M. R <sup>ta</sup> a los 9 meses
61	Id	"	59	Total	M. al 7 <sup>o</sup> día pulmonar
62	Schede	10-11-81	54	Total + 2 anillos y 2 anillos p <sup>a</sup> trópicos	R <sup>ta</sup> externa a los 6 meses
63	Manner	1788	45	Total	Curacion - R <sup>ta</sup> 1 año después M. más tarde
64	Novaro	28-1-82	65	id	id - In recidiva 15 meses después
65	Holmer	15-2-82	57	id	M. de recidiva a los 7 meses
66	Mayell	25-3-82	46	Total con anillos	M. al 5 <sup>o</sup> día de hemorragia recurrente
67	Reyer	7-4-82	55	Laringe y parte orofaríngea	M. de recidiva al 14 <sup>o</sup> día
68	Kocher	13-3-82	55	Total, parte f <sup>l</sup> y e tróica	Bien curado 82 M. Mayo 82 como descomposición
69	id	13-5-82	54	Laringe y un ganglio	R <sup>ta</sup> a los 7 meses - 2 <sup>o</sup> op <sup>a</sup> a los 17 meses después
70	Whitehead	-5-82	6	Total + 2 anillos - ganglio	Curacion - bien 8 meses después



N°	Nombres	Fecha	Edad	Extensión operatoria	Resultado
71	Vm Bengman	11-6-82	54	Total	M de R <sup>ta</sup> a los 6 meses
72	Dunon	7-7-82	54	Ecda- epiglottis	M de asfixia al 5° día
73	Holmer	18-7-82	69	Ecda y parte s.	M al 4° día
74	Novaro	28-7-82	52	Ecda	Curación - Bien en Junio 87. M de R <sup>ta</sup> 4 1/2 años <u>después</u>
75	Hagden	7-82	M	id	M al 4° día
76	Novaro	18-8-82	72	id	Curación - M de opoplegia Abril 99
77	Mayell	31-8-82	50	Ecda- crico y +1	id - Bien 7 meses después - M de R <sup>ta</sup> onells, clari <u>Ecda 2 meses</u>
78	Kocher	28-9-82	43	Ecda y parte s.	id - Bien en Abril 84
79	Vm Whinnate	9-82	48	Ecda- crico +	R <sup>ta</sup> 7 meses después
80	id	9-82	50	Ecda- parte f.	M la 9ª semana de inanición
81	Mac-Loyd	15-11-82	35	<sup>8 reoperación</sup> Ecda + c.	M 7 meses después de tuberculosis
82	Braggi	1882	10	Ecda- epiglottis	Curación - Bien en Octubre 84
83	Gumbaner	6-2-83	69	id	id - Bien en 1886 + 5 y 9 m. M
84	Sabbe 1ª Pair	12-3-83	59	id	id M de pneumonia 85 sin R <sup>ta</sup>
85	Oael Lussen	7-7-83	44-m	Ecda + parte f.	M al 3 meses infección primitiva
86	Proctorius	23-7-83	54-m	Ecda- parte	Curación - Bien el 85
87	Novaro	26-7-8	52	Ecda	id - R <sup>ta</sup> a los 4 años
88	Luecke	28-7-83	54-m	id	id
89	Leink	8-83		id	M al 4 meses de pneumonia sin R <sup>ta</sup>

Nº	Nombres	Fecha	Edad	Examen	Resultado
90	Mac Loyd	19-9-83	54	Exda + parte f. c. trivida y g	M. al 5º día de hemorri secundaria
91	Novaro	1-9-83	64	Exda, parte f. c. trivida	M. en un mes de pneumonia curpal (sin traq. a metria)
92	Halm	18-10-83	58	Exda	M. al 40º día de pleuro-pneumonia
93	Maydl	1883	45-m	id	M. al 7º día de pneumonia
94	Kocher	"	Thunde	id	R.ª rápida ganglionar pero sin local. B. B.
95	Von Bergmann	"	id	id	V. al 4º día
96	Halm	11-2-84	49	id	R.ª repetidas veces - sup.ª para extrañe - M. 5.85 de marcos
97	Vogt	16-2-84	29-m	id	M. al 4º día
98	Lones	26-4-84	44	Exda parte f. c.	Bien en limio - R.ª ganglionar mas tarde
99	Holmer	26-5-84	69-m	Exda parte f. c. - c. vi.	M. de ulaporo a los 40 días
100	Maydl	27-5-84	45	Exda	M. al 7º día de hemorragia
101	Lange	11-7-84	30-m	id	al 6º día de septuencio
102	Fischer	10-6-84	49	id	maicion - Bien 3½ años de gones
103	Oehl-Preusen	12-7-84	48	Exda y parte	id - Bien en Abril del 85
104	Halm	12-10-84	59	Exda	M. de mediastinitis a los pocos días
105	id	2-11-84	52-m	Exda y parte	R.ª rápida y M. a los 2 meses
106	Lordan Loyd	22-11-84	51	Exda	M. al 6º día Autopsia Tuberculosis
107	Durante	1884	?	id	M. al 2º día
108	Schesle	24-6-84	58-m	id	Bien 4½ años - M. de R.ª pero (sigue)

Nº	Nombre	Fecha	Edad	Examen operatorio	Resultado
109	Scheele	1884	69	Extal	uno de ellos adherido en R <sup>va</sup> . M de pneumonia
110	Gottstein	"	49	id	Curacion. Bien 3 1/2 años despues
111	Hahn	5-1-85	56	id	m al 10 dia de bronquitis
112	Bergman	18-2-85	47	id	Curacion. Bien 3 despues y en 89
113	Lablé	12-2-85	59	id	id. M de pneumonia en 5-85
114	Krouléra	10-9-85	59	id	m al 7º dia de pneumonia
115	Hahn	17-5-85	49	id	m al cabo de una mes de R <sup>va</sup>
116	Lozin	11-5-85	56	id en br.	m de hemorrija. 11 dias despues 2º opt <sup>n</sup>
117	Parth	28-6-85	69	id	Curacion. Bien a los 5 meses
118	Sandys	6-11-85	63m	Extal y parte f <sup>te</sup>	m de R <sup>va</sup> a los 6 meses
119	Stoerck	1885	?	Extal - epiglottis	Curacion. Bien en br. del 87
120	Oael Loren	2-1-86	49m	Extal - lamilla parte f <sup>te</sup> y 1/2 cuerpo timbal	m a los 37 dias de inasium
121	Newman	1-2-86	37	Extal	Curacion. Bien a los 4 m R <sup>va</sup> y al 21
122	Lablé	19-2-86	51	Extal - parte vna	m al 14º dia de Bronco - pneumonia
123	Hahn	17-2-86	60	Extal	m al 11º dia de pneumonia y enripela
124	Peau	2-86	25	Extal - epiglottis	Curacion. Bien en 28. M de pneumonia
125	id	6-2-86	65	6 - epigl. y vna	m de Bronco - pneumonia
126	id	21-3-86	50	6 - parte sup <sup>te</sup>	R <sup>va</sup> rapida. M al 4º me
127	Oael Loren	26-4-86	27m	Extal	m ala 20 horas.

N <sup>o</sup>	Nombres	Fecha		Examinación operatoria	Resultado
128	Hahn	9-5-86	51	Total	Curación pero con R <sup>va</sup> probable
129	Oael Lorenzen	8-7-8	46 m	E. + parte esfago	M al 6 <sup>o</sup> día con signos int <sup>er</sup> iodoformina
130	Kroelino	3-8-86	66	Total	M al mes de edema generalizado
131	Brechtel	7-10-8	58	id	M en la noche al pasar por vácuo manguito ca- <i>mula</i>
132	Gordner	12-10-8	50	id	Curación - R <sup>va</sup> a los 3 1/2 meses en el velo
133	Ziegel	8-10-8	30	Total - epiglottis	Curación completa el 27. Hallada en apt <sup>o</sup>
134	Lipschut	29-10-8	52	Total	M a los 14 meses
135	Rosenberger	8-11-8	52	Total y parte esfago	M a las 12 horas
136	Korinstki	19-10-8	62	Total	M a la 14 <sup>a</sup> semana de presencia
137	Krouleir	4-12-8	33 m	id	M a los 3 meses
138	Oael Lorenzen	11-12-8	39 m	E. p. esfago y p.	Curación curado en 1-88 a la S <sup>te</sup> M <sup>te</sup> Copenhagen
139	Michulicz	1886	?	Total	M al cabo de unos meses
140	Agnew	1886	58	E. p. faringe y	M al 4 <sup>o</sup> día
141	Mauudet	"	62	Total	M al cabo de unos días de presencia
142	Morris	"	?	id	M a los 3 días curación
143	Wagner	"	?	id	M a los 3 meses
144	id	"	?	id	R <sup>va</sup> muy rápida y curación
14	id	"	?	id	Curación. Bien 2 años después
14	id	"	?	id	R <sup>va</sup> inda y M.

Nº	Nombres	Fecha	Edad	Intervención operatoria	Resultado
147	Baselli	1886	19 m	C y parte faríngea	Curación
148	Mickulicz	"	?	Total	M al cabo de unas semanas
149	Krocher	28-1-87	?	C + parte faríngea y epifaringea	M al mes de colapso
150	Bottini S.	?	59	Laringe - cuervoides	M a los 3 días de bronco-pneumonia
151	Stelzner	29-3-87	31	C y parte traqueal	Curación. Bien 2 1/2 años después op. <sup>ra</sup>
152	Novaro	3-3-87	41	Total	R <sup>ta</sup> rápida - Op <sup>ra</sup> en traq <sup>ea</sup> y p <sup>ar</sup> te inferior inclinada
153	Labbe	8-3-87	56	id	M a los 6 meses
154	Halme	5-5-87	37	id	M a los 4 semanas
155	Parker	24-5-87	29	C + p. f. y amigdalas	3 <sup>ra</sup> op. <sup>ra</sup> y última = R <sup>ta</sup> rápida y M
156	Derwons	7-6-87	57	C - parte cuervoides	Curación. Bien 2 años después. M. en (R <sup>ta</sup> el 90% hallado en p <sup>ar</sup> te)
157	Scheede	8-87	72	C + tres anillos	id. R <sup>ta</sup> al año - nueva op. <sup>ra</sup> y M.
158	Novaro	14-7-87	62	Total	Resultado desconocido
159	Gardner	2-10-87	66	id	Curación. Bien 7 meses después
160	Von Bergmann	15-11-87	?	id	M al 16 <sup>to</sup> día
161	Krajewski	1-12-87	51	id	Curación - R <sup>ta</sup> ganglios M. pneumo
162	Roux	28-4-87	61 m	id	Curación. Bien en Julio
163	Hutley	12-87	?	id	Se ignora
164	Bildt	1887	?	id	M. por la noche y asfixia
165	Pélechin	?	?	id	M al cabo de unos días

Nº	Nombres	Fecha	Edad	Examen operatorio	Precursoras
166	Pélechin	?	?	Total	M al colo de unos días
167	id	?	?	"	id
168	id	?	?	"	id
169	id	?	?	"	mucosa - m 5 meses después cuando des- cuerpo
170	Bull	1887	?	"	Cumacian - Bien en Agosto 89
171	Le Gentie	5-2-88	52	"	al mes - M a los 4 meses Ocurrido 1º un la pinta - 2º de la pinta y extracción del re - 3º de la pinta total - Ocurrido fue presentada a el 6 de Mayo del mismo
172	Mac Donald	22-12-88	41	Total - epiglotis	
173	Alexander	?	?	Total	m consecutiva operación
174	Hjorth	4-89	?	id	Cumacian
175	Riesner	7-2-88	?	id	id operación - no hay datos
176	Brounini	25-9-88	54	id	id - Bien a los 6 meses
177	Towler	17-11-88	58	id	id - Bien 9 meses después
178	Balmer	?	?	id	m a las 12 horas
179	Lakatoski	?	62	id	m a la 8ª semana de neumonía
180	Chiarella	?	72	id	Cumacian - m a los 8 meses
181	id	?	65	id	id - m a las 13½ meses asfisia
182	id	1887	54	id	m a la 4ª semana de neumonía
183	Istaz Larin	25-6-89	?	id	m al 15º día de bronco pneumonia
184	Schmiedow	?	48	id	mucosa - Bien 9½ meses

Nº	Nombres	Fecha	Examen y	Resultados
185	Rover	2-89 42m	Estot	Curacion - Bien en Abril 1 mes 6 <u>para meses</u>
186	Cernier	26-7-89 50	id	R <sup>va</sup> ganglio a' los 2 meses - m de
187	Penier	5-3-90 65	Estot un m	m por la noche
188	Kocher	12-1-90 58	6-1 f <sup>o</sup> lengua, lin	R <sup>va</sup> a' los 11 meses
189	Lavise	8-90 65	6-1 y parte <sup>inferior</sup> esofago	m de colapso al dia siguiente
190	Hochenezz	26-6-91 51	6 gran parte f <sup>o</sup> y	Curacion - Bien a' los 8 meses
191	Lavre	25-8-91 61	Estot	m. inhibida en 12-91 - m aut <sup>o</sup> R <sup>va</sup> noche
192	Penier	12-6-93 62	id	2 R <sup>va</sup> y op <sup>as</sup> concurrentes - Bien
193	id	20-7-9 56m	id	m. a' los pocos dias hemorragia cerebral
194	Pigné	31-7-9 52	id	meningitis pericistula fornicia - Bien en Norte
195	Chival	13-9-93 60	id	m de pneumonia a' los pocos dias
19	Pigné	8-9-93 24	id	R <sup>va</sup> rapida - En este muy mal - Cagne
19	Penier	24-10-93 57	id	m a' los pocos dias de pneumonia
198	Peau	29-11-94 50	8 y gran parte f <sup>o</sup> y	Curacion (1-94)
199	Cisneros	1890 46	Estot	id - Recidiva
200	Emmelenburg	2-7-90 m	id	id - Bien a' los 4 meses habla en voz baja
201	Bardenheuer	5-10-87 55	id	id - Bien a' los 2 años
202	Rover	10-11-88 47	6. huido y 2 blancos	id - A' los 4 años reidida en la cistitis
203	ischer	10-5-89 54	Estot	R <sup>va</sup> m a' los 5 meses

Nº	Nombres	Fecha	Edad	Extensión operatvna	Resultado
204	Stischer	11-89	51	E y hojas carótidas y yugulares	m al mes
205	id	2-12-89	57m	Total	m a los 11 días
206	apowto	1889	id	id	Curación - Bien a los 3 años
207	Vinici	5-91	m	E. p. p. l. lamello y epiglottis	Sin datos
208	Cholinsky	1889	50	Total	Curación - Bien al año
209	Rue	11-91	45	id	Curación - Sin datos
210	Lane	4-91	51	id	id id
211	W. Mayer	1895	65	id	id - Bien a los 5 años
212	John - Cohen	1892	?	id	id - Bien a los 3 1/2 años
213	Grile	12-92	?	id	R <sup>ta</sup> rápida - m a los 2 1/2 meses
214	Orecchia	14-5-92	55	id	Curación - Bien a los 14 meses
215	Land	22-7-92	48	id	R <sup>ta</sup> rápida - m 8 meses después ym
216	Mac - Donald	4-93	39	E. lúrida y 5 anillos	Curación - Sin datos - Bien 3 meses después
217	Rover	26-2-91	63m	E y parte faringe	R <sup>ta</sup> m a los 11 meses
218	Gerstein	18-7-91	70	Total	m al 8 día de pneumonia
219	Pontsen	1891	56	E y parte faringe	m a las pocas semanas de pneumonia
220	Kocher	?	?	Total	Curación - m de pneumonia a los 2 años
221	id	?	?	id	id - Bien 2 1/2 años después
222	Hubbard	27-12-92	?	Total y 1 yema	Sin datos - Curación - Bien en 1-93



Nº	nombrs	Edad	Edad	Examen o	Resultado
223	Nicolai	1894	43	Exat	R <sup>o</sup> al cabo de algunos meses y m
224	Mounoumy	1894	38	id	Sin datos
225	Poppert	12-9-92	68 m	id	Curación - Bien a los 11 meses
226	Wolf	8-10-91	41	C. y p. de parálisis	id - m 2 1/2 años después metástasis en pulmón local
227	Lotti	1892	45 m	C. y algunos ganglios	m a los 2 días de parálisis cardíaca
228	Rotter	2-5-94	72	C. y algunos ganglios	Curación = Bien 9 meses después
229	Solis - Cohen	1892	48	Exat	id - Bien 3 1/2 años después
230	Leannel	29-12-93	45	id	id - Bien 15 meses después
231	Bond	14-8-94	49	C. y muchos ganglios	id - Bien 2 años después
232	Gibicki	10-95	56	Exat	id - Bien 11 semanas (muy poco)
233	Herschel	20-8-93	55	id	Sin datos - Salto del 7 <sup>o</sup> a los 3 semanas
234	id	?	42	id	Sin datos
235	id	?	56	id	id
236	Wasel	1896	64	id	id
237	id	,	42	id	id
238	Axel Hansen	1891	51	id	m al 3 <sup>er</sup> día de pneumonia
239	Solis - Cohen	1-4-92	44	id	Curación
240	Polinski	1894	53	id	Reiducción
241	Chompson	95	25	id	Sin datos

Nº	Nombre	Fecha	Edad	Intervención operatoria	Resultados
242	Ward	?	nino	Total	M.
243	Volkovitch	11-95	43	id	M al 6º de parálisis cardíaca
244	id	1895	49 m	id	Curación - Presentado en 96 a los 15 de M de
245	Taine	10-7-98	40	Total procto Peries	al 9º día la hila entre la piel y la traquea <sup>Krieff</sup> grande en el mediastino - al 12º día
24	Rosmel	2-86	60	Coda y 1º anillo	Curación - Bien 6 meses después
247	Liselsberg	?	?	Coda - hirsuta y g. hirsuta	Curación
248	Carmalt	19-3-94	42	Total	id - Bien 14 meses después
249	Null	?	62	id	id - M al año
250	id	?	44	id	M de R <sup>12</sup> a los 2½ meses
251	W. G. Spencer - C.	10-96	40 m	C. 2 anillos y ganglio	M 4 meses después de recidiva generalizada
252	Lambert - Lake	15-8-96	58	C. y 2 anillos	Curación - Bien en Ote 96
253	id	5-9-96	45	C. p. p <sup>te</sup> lengua epiglo y ganglio	id id id
254	Sachli	1-96	?	id	Bien 13 meses después
255	Sattler	17-7-96	47 m	Total	Curación - Bien 1 año después
256	Woods	97	65	C. epiglo y 1 ganglio	M 19 días después de pneumonia
257	Deerton	12-2-97	34 m	Total	Curación - Bien 3 meses después
258	Lonesco	1897	45	C. tanto epiglo hirsuta	id - Bien 4 meses después
259	Luel	8-5-98	62	glándula hirsuta	M al 11º día de insuficiencia cardíaca
260	Shushy	1-98	45 m	C. p. p <sup>te</sup> y ganglio	M a los 10 días de inanición

Nº	Nombres	Fecha	Edad	Intervención operatoria	Resultado
261	Stenet	?	?	Total	M a los 25 días de pneumonia por abigarrado
262	id	?	?	id	Curación - M <sup>va</sup> y M a los 9 meses <sup>introducido pulsum</sup>
263	Symonds	4-1-98	55	C. epiglo y anillo	rot - Bien en Mayo 98
264	Shrestener	27-3-88	27	Total	id - Bien 20 meses después
265	Schmid	20-6-88	54 m	C. p. f <sup>o</sup> timi y gland.	id Bien hallado M <sup>va</sup> al 21-M al 15-78
266	Berg	90	27	Total	id - Bien 10 semanas después
267	Pomery W	"	?	id	M de M <sup>va</sup> al año
268	id	94	?	id	M de M <sup>va</sup> a los 2 1/2 meses
269	Harvey	14-8-94	50	C. y ganglios en los 2	Curación - Bien 17 meses después
270	Viniuni	5-95	?	C. y anillo epiglo y <sup>trachea</sup> p. f <sup>o</sup> timi y gland.	Curación operatoria - M
271	Richardson	19-12-94	54	Total	M a los 48 horas de estoma pul
272	LePAGE	98	?	C. y ganglios	Curación
273	Cisneros	12-2-90	55	Total	id
274	id	22-5-90	?	C. hinds y pared fa- ríngea	id - Se inicia M <sup>va</sup> en 1902 - Bien en 2-9-02
275	id	21-11-90	58	Total y ganglios	id - M <sup>va</sup> ganglionar en Mayo 92

## Valor terapéutico

¡Que lejos estamos de los tiempos aquellos en que Trambest <sup>(1)</sup> pro-  
clamaba el aforismo « natura medicatrix » como único tratamiento  
del cáncer largo al que más que a ninguno se le llamaba  
« noli me tangere » y que condenaba a la inacción a Bailly  
que asistía empujado de brazos a la lenta agonía de un enfermo  
canceroso ! En que más tarde P. Koch al hablar de la extirpa-  
ción total decía que « era una operación de efecto que de-  
muestra la inutilidad del cirujano cuando el enfermo no  
muere bajo el bisturí » sin tener en cuenta que la opera-  
ción en que se fundaba para emitir este juicio <sup>(2)</sup> la había  
hecho Langenkamp y en la que este cirujano tuvo que  
eliminar de 20 arterias, entre las dos nervios linguales y los  
hipoglosos, resecar el tercio posterior de la lengua, los ganglios  
cervicales y las dos glándulas submaxilares, sin tener en  
cuenta algo, que esta operación fue una operación excepcio-  
nal y deliciosa al error de no haber podido limitar la exten-  
sión del tumor. En que Verneuil consideraba la operación  
como temeraria lo mismo que Gillies y Diebst y tantos otros  
cirujanos declarados abiertamente en contra de una  
lenta pero continua operación los iban ganando por  
partidarios y extendiéndose de tal modo que pronto un prin-  
do estacionario y que comprende de 1873 a 1881 años en que  
(1) Trambest = Annales de « Contribution à l'étude du cancer du langue » - tome 2<sup>e</sup> - pag.  
(2) Bailly = Cancer de l'œsophage et du langue - Loc. cit. pag. 83, 19 = 1879  
(3) Koch = Cancer laryngien - Annales - tome 5<sup>e</sup> -

el número de operaciones era verdaderamente exigua limitándose a cuatro o cinco por año, llega este último en que el número se eleva a once, la diez y ocho en 1882 y así en progresión creciente afirmando de día con día el éxito de las operaciones al terapéutico van a examinar recorriendo las diferentes y comparándolas con la personal.

La primera estadística publicada es la de Krichaler (187) con 17 casos y una curación definitiva. La observación duró 3 años después de operado.

Estadística de Cecherelli (1881) 20 operados con 20 curaciones, uno muerto y nueve muertos. Pero esta estadística no tiene valor fidedigno que muchos de los curados mueren de recidiva o de enfermedades operativas algunos meses después.

Estadística de Hahn (1888) con observaciones propias, 11 laringectomías totales con una curación definitiva requirió la observación durante varios años. 1 muerto a los 14 meses, 1 mes después (no dice cuántos) otro curado pero con recidiva y los 7 restantes muertos desde el 4º al 28 día de la operación y sus consecuencias.

Estadística de Lulliwski - Puroge 76 casos de extirpación total con el resultado siguiente: murieron en los primeros 15 días (muertes operativas) 26 o sea 46%. Del resto que sobrevivió a la operación murieron de enfermedades intercurrentes y de recidiva, 18 curados pero de estos solo 9 pueden considerarse curación definitiva.

(1) Estadística de Salomonson (1886) = 101 casos en los que la mortalidad ha sido de un 44%. Los operados lo fueron en la institución

(1) extirpation totale du larynx = Cirugía de la Amicalidad de París - 15 Abril 188

de carcinoma y carcinoma habiendo obtenido en 87 de estos 49 carcinoma habiendo sobrevivido los enfermos en el carcinoma uterino 5 años por término medio y tres en el estómago.

Estadística de Schwartz (1886): Los casos recogidos por este autor se en términos de agregación tantas veces citada con 95 con 12 muertes operativas inmediatas o sea 12.6%, 21 muertes por complicaciones sobrevinidas en los primeros días o sea 22% y muertes más tardías pero también de consecuencias operativas. Considerando solo como curados aquellos cuya observación dura por lo menos cuatro años el tanto por ciento es inf. a 8% reduciendo el resto de recidiva.

(1) Estadística de Paratous (1888): Comprende 112 extirpaciones totales de ellas 106 por cáncer con el resultado siguiente: 17 muertes operativas o sea un 16%, 25 muertes en las primeras semanas de afección pulmonares o sea un 20%, 14 muertes en las primeras meses uno de septicemia, otro de inanición por no poder deglutir y no recibir la alimentación por la boca o por otras causas que da un 16% más de muertes o sea una totalidad de mortalidad de 32.8%. De los enfermos restantes hay que denotar las recidivas observadas del 4.º al 10.º mes y que fueron 28 o sea un 26%. Sobreviven 22 pero teniendo en cuenta que algunos no han sido observados suficiente espacio de tiempo y considerando solo como curados los que pasan del año se encuentran mas que 9 o sea un 8.5% de curación.

(1) Su cancer du larynx - Progres médical - Paris 1887

Estadística de Haeckel (1887) = 105 casos con un 40% de muertes operativas inmediatas o en los 4<sup>tos</sup> días dando solo como curados los que sobreviven más de dos años se encuentran solo 8 casos.

Estadística de Mackenzie (1888) = 128 casos con 50 muertes inmediatas o sea un 36.23% y solo 8 casos curados o sea un 5.79%. Esta estadística hay que tener en cuenta que fue presentada por un autor con conocimiento de la enfermedad del Emperador de Alemania y para defender su conducta entonces añadiendo que aun en caso de operación el enfermo quedaba en poder de los médicos, teniendo que alimentarse de un modo especial con sopas, viéndose presentes las muertes por inanición.

Estadística de Lieber (1888) = comprende 68 casos de extirpación total con un 25.5% de muertes operativas; 7.5% en el tratamiento conservativo; 25% de recidivas; 9% de enfermedades intercurrentes y 22.5% de curaciones de ellas 19 definitivas.

Estadística de Wassermann (1889) = Las operaciones realizadas por este autor son 134, de ellas 118 por cancer con 51 muertes operativas; 29 que murieron más tarde de recidiva y 9 de enfermedades intercurrentes con 23 curaciones o sea un total de 71 curaciones operativas o sea un 53% cifra que podría suponerse de las afirmaciones de Kernerit al considerar como temerosa la operación y es sin tener en cuenta que entre las muertes operativas figuran 10 que lo fueron de accidentes pulmonares de meros días de operados cuando la neoplasia estaba ya circunscrita, tratándose de hijos de más de 55 años y es lo que dice el autor que la pulmonía podía haber sido debida a otras causas y no a la

Además 8 casos menores de edad a consecuencia de curvas  
operaciones como en los casos de Thiersch, Carelli, etc. y  
no debieron ni aun ser operados y por último otros enfer-  
mos estaban en malas condiciones bien por encontrarse pa-  
diendo alguna afección pulmonar, bien porque habiendo sido  
traqueotomizados recientemente no estaban sujetos de esta  
operación. Se puede pues asegurar que la mor-  
bilidad no debe pasar de un 25% siendo las mu-  
ertes de un 18% si consideramos curados los que  
pasan de dos años de observación y de un 5'78% curá-  
dos definitivos cuya observación pasa de 4 1/2 años.

Estadística de Kraus (1890): Esta estadística que es muy completa com-  
prende 143 observaciones de ellas 57 ó sea 48% muertes operativas en las  
1<sup>as</sup> ocho semanas. 8 ó sea un 5% de muertes en el primer año, 28 ó sea  
un 29% de recidivas en el primer año. 5 ó sea 4% de recidivas des-  
pués del 1<sup>er</sup> año y 25 ó sea un 18% pueden considerarse como de-  
finitivamente curados, habiendo durado en estas la observación más de  
dos años.

Estadística de Pinguet (1890): En 154 extirpaciones totales, 71  
han muerto de la operación o de sus accidentes consecutivos.  
29 veces se ha presentado la recidiva más o menos tarde, llegan-  
do en algunos hasta un año después de la operación. De los  
restantes hay muchos que se dan como curados pero la observa-  
ción dura poco tiempo, habiendo sin embargo 26 en los que esta du-  
ró más de 10 meses, tiempo realmente todavía muy corto y que qui-  
ta valor a estas observaciones que tal vez de haberse seguido hubiera  
dado un buen tanto por ciento de curaciones definitivas.



estadística de Butlin (British Medical Journal - 23 Agosto 1890) presentada al Congreso internacional de Medicina de Berlin. El trabajo de conjunto muy completo y sobre el que sobran mas con los operaciones por cancer 51 con extirpaciones totales con 15 muertes operatorias, 6 muertes de otras causas, 17 reidivaron y 12 curaron, pero como el Autor no considera curados mas que aquellos que permanecen 3 años sin reidivación, solo hay cuatro curaciones definitivas, aunque los otros 8 murieron de enfermedades diversas y sin reidivación y podrian en rigor considerarse como curados para los efectos estadísticos.

Estadística de Poirer y White (Medical Record - 23 Mayo 1895): 180 extirpaciones totales, de ellas 72 o sea un 40% murieron a consecuencia de la operación, 51 reidivaron en el 1º año, y 11 llevaron mas de tres años bien produciendo escase como curados, 8 murieron sin reidivación en el 1º año, 8 reidivaron en un periodo que varia de 13 meses a 9 años y en los 30 restantes la observación no es suficientemente larga para que pueda formarse juicio.

Estadística de Schmiegelovv: 4 de las mas detalladas y de verdadero valor, comprende 55 extirpaciones totales, 51 por cancer 2 por sarcoma y dos por papilomas con el resultado siguiente. Muertes operatorias 12, o sea un 21.8% o mejor 21 por un caso (el n.º 2 de Poirer) murió de reblandecimiento cerebral. Requiriendo los cuatro casos de sarcoma queda 50 lo que da un 22%. De los 39 restantes que sobrevivieron a la operación 16 reidivaron, quedan como curados 29, pero de estos 16 son dudosos por ser la observación corta o por falta de detalles y de los otros 13 han permanecido sin reidivación de 1 a 2 años, cuatro otros cuatro de dos a tres años

de modo que solo cinco pueden considerarse como definitivamente curados, puesto que han permanecido sin recaídas y sujetos a observación de 3 a 6 años o sea en lo posible de curaciones veraces.

Graf presenta en el 26º Congreso de la Sociedad Alemana de Cirujía (Berlín, Abril 1899) el resultado de las operaciones practicadas por Bergmann desde 1883 a 1895. En total 48 operaciones por tumores malignos de ellas 28 extirpaciones totales, 19 unilaterales y 9 parciales. De las extirpaciones totales no da como curados definitivos más que dos uno con 7 años de observación y otro con dos años y 9 meses, y 4 curados en cada uno de los otros dos grupos.

Wolff al publicar el caso del enfermo señalado en nuestra estadística con el n.º 226 habla de 14 extirpaciones más en las que seis enfermos murieron muchos años después de curetum pleurea, alveolitismo, tisis, etc, etc, y 5 vivían 7 años y 1/2 de operados. Es lastima que la falta de datos nos impida estas curaciones y no puedan por esto ser incluidas en la estadística general.

Estadística de Lota y Lathra. El Dr. Lota y Lathra con motivo de la extirpación total practicada por él en 25 Junio 1899 publicó un trabajo en la Revista de Medicina y Cirujía Prácticas (n.º caso de extirpación total de linfe. Madrid 1899) y en el cual da una estadística de un valor inapreciable. Puntó a todos los operados para que le dieran cuenta del estado de sus operados habiéndole contestado los Dres. Hahn, Stesch, Billroth, Schiele, Schmidt, Roeser, Radetsky, Hauckel, Gans, Lohier y con estos datos presenta el resultado siguiente 142 extirpaciones totales, muertes en el 1º mes 49, muertes en el 1º año 47, muertes

en años anteriores al 1º 23. enfermos curados 23 de los que todavía documenta poco porque las noticias de ellos recibidas databan de poco tiempo.

Estadística personal: Los casos recogidos por mí son en n° de 274 la mayor parte son tomados de las comunicaciones originales, cuidadosamente verificadas y con los resultados que en algunos se han comunicado posteriormente.

de estas 274 observaciones de extracción total fueron:

95 muertes operativas y sus consecuencias

59 residivas en el primer año

5 id. parados el id. id.

10 muertes de enfermedades diversas

24 curados con un año de observación

18 id. con dos o tres años id.

25 id. con mas de tres años id. curados definitivos

28 id. pero sin datos posteriores o con poco tiempo de observación

10 cuyo resultado se desconoce

De modo, que entre 274 enfermos operados ha habido 57 que han vivido mas de un año y de estos 25 que se pueden considerar completamente curados, pues que sometidos a observación por mas de tres años no han presentado en ese tiempo novedad alguna. Las causas de la muerte han sido por supuestas las siguientes:

34 de Bronco-pneumonia

9 de Colapso cardiaco

7 de inanición

6 de hemorragia

9 de enfermedades diversas como gangrena pulmonar, embolia

1 de septicemia

1 de Mediastinitis

2 por malos manejos al introducir la sonda

33 no se indica la causa.

## Estriptosis parcial

La terrible mortalidad operatoria de los primeros tiempos de la estriptosis total y los trastornos fisiológicos tan profundos producidos por la supresión de la laringe indujeron a los cirujanos a la idea de practicar la estriptosis parcial y unilateral o hemilaringe.

El Billroth corresponde también el honor de haber hecho la primera estriptosis parcial en 1878, habiendo sido presentada y defendida en el Congreso de Cirujanos Alemanes de 1884 por H. Kuster y sobre todo por Halbr, extendiéndose con gran rapidez por su éxito operatorio hoy se ha restringido mucho, haciéndose, no más tarde en aquellos casos, en que la limitación del tumor a un solo lado de la laringe, permite autrizadamente pensar que se quita toda la neoplasia.

Observaciones personales.

Observación n.º 11 Ignacio B. de 50 años, casado, de Salamanca sin antecedentes que tengan relación con la enfermedad más que el ser fumador. En Mayo del 99 empezó a notar algo de sequedad y poco tiempo después dolor en la garganta que se propagaba al oído izquierdo sin grandes dificultades de deglución. Pero estas molestias fueron poco a poco ido, hasta acompañadas ultimamente de acúmulo de secreción que se presentaban con más frecuencia de noche y con lo desagradablemente le obligaron a ingresar en el Hospital el 19 Octubre de 1899.

Examen laringoscópico: Pequeño tumor del tamaño de un garbanzo de color rojo oscuro y de superficie desigual, como mamelonada asentado en la cuerda vocal izquierda que se une también

... enrojecida infiltrada y paralizada.

Hecho el diagnóstico de epiteloma se quita un pequeño trozo para su examen microscópico que confirma tratarse de un epiteloma paraneurótico. Propuesta y aceptada una intervención se hace una hemilaringectomía el 20 de octubre en la forma siguiente.

Operación: Anestesiado el enfermo y convenientemente lavado y esterilizado el campo operatorio se hace una incisión en la línea media que partiendo del borde superior del tiroide termina un poco por encima de la laringe externa, se van incidiendo los tejidos capa por capa hasta llegar a la laringe que se pone al descubierto, con la primera anilla de la tráquea para hacer la traqueotomía en el momento oportuno. Se divide cuidadosamente la mitad izquierda de la laringe separándola de los tejidos blandos inmediatos y una vez conseguido esto y hecho la hemitomía ligando las dos traqueotomías que se habían seccionado se abre la tráquea en la que se coloca la canula Brandenbarg.

Continuada la anestesia por la canula se secciona el cartilago tiroide en la línea media y con una tomada empapada en una solución de cocaína al 20% que se introduce en la laringe se anestesia esta, evitando en parte los reflejos que dificultan la operación pues no desaparecen por completo, se pone un pequeño tapón de gasa con fiador para retener el espacio que queda entre la cutadura de la cutánea y la tráquea y aislar así por completo los ganglios del campo operatorio en caso de que el manguito de la canula faltare y se continúa la operación seccionando la membrana crico-tiroide luego a tiro tiroidea repliegues situados y globo epiglótico por último las inserciones nervios del tiroide con cuidado de no dañarlos.

midad al esófago, no habiendo aminor hemorragia. Se cubren todo con iodoformo y se rellena la laringe de gasa. Se hacen entenas profundas del esófago y superficial con seda, dejando un pequeño espacio por encima de la canula sin suturar para poder retirar la gasa y se coloca un vendaje apropiado.

Las consecuencias operatorias no pudieron ser mejores. Sin febre, cicatriza todo por primera intención excepto el espacio sin sutura que se cierra lentamente, el 26 se le cambia la canula de Grendelburg, por una ordinaria habiéndose ya la alimentación sin sonda y el 29 sale del Hospital en muy buen estado quitándole la canula el 14 de Noviembre y regresando completamente curado a los pocos días a su país, en donde sigue sin novedad hasta la fecha desahogado a sus ocupaciones habituales, con la voz buena un poco rouca y volviendo con algo de fatiga cuando hace un ejercicio un poco violento.

Observación n.º 12: Rafael Abonal de 64 años, casado. Santan. Según refiere el enfermo viene padeciendo de sangría desde hace más de 14 años muy pronunciada en los dos últimos en los que fue ya acompañada de tos, dolor y dificultad para la deglución molestias que fueron aumentando especialmente en los tres meses últimos presentándose acceso frecuentes de respiración por la noche uno de los cuales fue de tal modo violento que en medio el Dr. Santan tuvo que practicar la traqueotomía el 7 de Setiembre de 1899. En estas conclusiones se presenta al Dr. Cisneros.

Examen laringoscópico: Canna gruesa redondeada del tamaño de una anellana de color rojo oscuro y superficie elástica y blanda toda la cuerda vocal izquierda y fuertemente curvada a la derecha.

Diagnostico: En vista del aspecto y caracteres del tumor se hace el diagnostico de epiteloma, remitiendo al analisis microscopico un pequeno trozo confirma el diagnostico de epiteloma paraventricular. Se propone una intervencion que es aceptada practicandose una hemilaringectomia por el Dr. Cisneros el 15 de Diciembre de 1899.

Operacion: En creencia no difiere gran cosa de la descrita en la observacion anterior sin embargo debe anotarse 1° la leutitud de la cloriformizacion hecha por la cañula, inconvenientemente salvado hoy con el procedimiento del Dr. Redondo descrito por mi en el Boletin de Laringologia (n° 8 Mayo 1902). 2° las dificultades de abrir la laringe por el tipo cuatrifurcal inmediato a la fistula traqueal al que estaba muy adherida, disminuyendo ademas la cañula el campo operatorio. 3° la violacion del cartilago tiroide que hubo que abrir con la cigalla a costa de grandes esfuerzos. y 4° por ultimo al banular la lamina del tiroide para reanudar con inserciones posteriores se practico teniendo que separar aisladamente los dos trozos. Por esta circunstancia y por exceso de precaucion se cubrió toda la superficie oculta con el termo-cauterio. La temperatura de la trole fue  $37^{\circ}8'$  dieta absoluta no permitiendo al enfermo mas que pequeños sorbos de agua azucarada para humedecer la boca.

Dia 17: El enfermo ha dormido pocas veces en la noche, expectacion sanguinolenta, temperatura mañana  $37^{\circ}4'$ , tarde  $37^{\circ}5'$  alimentacion por la sonda.

Dia 18: El enfermo ha dormido bien, expectacion abundante y mas limpia: temperatura mañana  $37^{\circ}1'$  tarde  $37^{\circ}3'$  como la tarde

muchísimamente molesta, se le dan dos embriagos al día de Solución Pautan  
Día 19: Sin novedad, ligero escalofrío, se levanta el aprito, la  
herida bien, solamente el punto superior ha dado una gota  
de gris, al quitarse la pelota de gaza que aísla la herida  
de la tráquea, tiene un golpe de tos, volviendo por lo común  
abundante expectoración. Anoro. promulenta de mal carácter. Com  
peratura mañana  $37^{\circ}5$ , tarde  $38^{\circ}1$

Día 20: El enfermo está muy inquieto la expectoración es pro  
porcionadamente promulenta lo que hace tener un frotol de ensalada.  
peratura constante  $38^{\circ}2$ .

Día 21: Muerte. No se puede hacer la autopsia pero no es  
duda que la causa de ella ha sido la trófica  
septica, que ha obedecido a pesar de la eotomía  
y a pesar de las precauciones adoptadas para aislar la  
herida operatoria del pulmón y que los materiales septicos  
aquella no pararon a este.

Observación n.º 13. Juan N. Carquero, 50 años, casado, vecino  
de Badajoz: Betedor y fumador. Padece desde hace un  
año con algo de dolor propagado al lado izquierdo  
Isamen: Pequeño tumor que comprende la nuca y banda  
nervinular del lado izquierdo que está paralizada avanzando  
algo hacia el centro de la glotis

Diagnóstico: Epithelioma laringeo

Operación: Hemilaringectomía izquierda practicada por  
Dr. Cárneros el 28 Mayo 1901, sin otras dificultades que las nor  
turales del sujeto que era de cuello grueso y corto.  
Hemorragia conectiva a la operación que se resolvió espontá  
neamente con la compresión. Al día siguiente se le descubrió  
el aprito externo y al quinto encontrando la herida de buen  
aspecto se le quitaron las almohadillas de gaza y pelota aisladas



que se hacen las de costumbre. El punto de cada colocado de  
fajo de la canula se infecta rompiendose ademas el de en  
cima con los esfuerzos de la tos que es muy molesta.

El enfermo que es muy rebelde debe aguantar parado frente  
de esta a los flecos. La expectoracion que al principio habia  
sido muerta se cambia en abundante cuando en enfermo el  
5 de Junio de bronco-pneumonia.

Observacion n.º 14: Hipolito Santiago: 38 años. Canado. Guarnicio-  
nero de el Madrid. Tomador y bebedor y con resaca frecuente.  
Desde hace 6 meses resaca, dolor a la deglucion, tos y accion  
de sofocacion.

Examen: Cumor del tamaño de una avellana que ocupa  
todo el borde derecho y una inferior de la epiglottis sin que  
mita ver el interior de la laringe pero suponiendose que es  
por el lado correspondiente sin infiltracion.

Diagnostico: Epitelioma laringeo confirmado por el anatis-  
mismo copio que de el tiene, tratandose de un epitelioma lobu-  
lado paraventricular con numerosos globos.

Propuesta y aceptada la operacion se hace en la forma  
comiente: al abrir la laringe se ve perfectamente que el tumor con  
habiamos supuesto alendiendo hacia abajo pero limitandose al lado de  
derecho y dejando libre la cuerda vocal, sin embargo la resaca se  
hace por debajo de ella, extrayendo ademas globos y resacas  
gruesas y quitos-epiglotticos.

Consecuencias operativas benignas, temperatura maxima 38.2.  
hace la primera cura al 2º dia, se sutura en la forma acostumbrada  
5º, el 10º de quitar los puntos y se cambia la canula tapada por  
una ordinaria y esto se repite despues de reconocido a los  
21 dias de operado, volviendo de alta a la 38 sin que haya la

pero haya tenido novedad.

No son tan numerosas ni completas las estadísticas de las extracciones parciales como las de las totales sin embargo además de la mensual y de las comparativas de que luego hablare preceden estas;



L

Formas sarciales y caniceras.

Nº	Nombre	Fecha	Edad	Extensión operativa	Resultado
1	Bilbroth	7-7-79	50	de izquierda a derecha	ión - R <sup>va</sup> a los 5 meses en los ganglios cervi <sup>2</sup>
2	Carl Reiser	9-3-80	57	mitad izquierda	y en la tráquea - muere 11-79 Curación - sin R <sup>va</sup> 14 meses después
3	Bilbroth	11-2-81	65	mitad decha y fl y la	R <sup>va</sup> a los 5 semanas en los ganglios t <sup>2</sup> y g <sup>2</sup> de cuello
4	Schede	19-6-82		mitad derecha	pneumonia y muere Curación 17 meses después bien
5	Steffmann	1882	47	id	R <sup>va</sup> al 2 <sup>o</sup> mes
6	Clinton Wagner	2-2-83	59	id derecha y l <sup>va</sup>	M de colapso el 12 día
7	Bilbroth	8-11-83	60	Epiglotis y sup <sup>va</sup> de	M de pulmonia a las 5 semanas
8	id	25-5-84	60	mitad derecha y	Curación - Sin novedad en 10-94
9	id	19-9-84	58	de la aorta y g <sup>2</sup>	R <sup>va</sup> local a los 2 meses
10	id	6-9-84	46	mitad derecha y g <sup>2</sup> laringe y ganglios cervi <sup>2</sup>	Sin novedad en 10-84
11	Schede	1884	m-50	Parcial	id - Curación
12	Lozin	16-3-85	56	sup <sup>va</sup> de g <sup>2</sup> y l <sup>va</sup> de t <sup>2</sup>	Muere en crisis de hemorragia
13	Storch	1885		Parcial del t <sup>2</sup> de t <sup>2</sup>	Curación - Sin novedad en 1887
14	Moritz	1885	59	6 <sup>o</sup> y parial del t <sup>2</sup>	M de colapso al 7 <sup>o</sup> día
15	Marke	"		Ataquin parial	R <sup>va</sup> a los 14 meses
16	Mikulicz	"		id	Curación - sin novedad 1 año después
17	Peau	6-3-8	65	toda - crivales	M de bronco-pneumonia

Nº	Nombre	Fecha	Edad	Examen	Resultado
18	Britlin	6-6-86	50	Mitad izquierda	Curación - Sin novedad en Septe R <sup>va</sup> alim
19	Brown	15-12-8	61	id	id - R <sup>va</sup> a los 10 meses - M
20	R. Parker	15-2-87	29	Enq <sup>a</sup> luego ala izquierda epiglotis y parot <sup>id</sup> fe y parotid <sup>id</sup> y parot <sup>id</sup>	id operatoria - R <sup>va</sup> y op <sup>a</sup> 2 <sup>da</sup> y M. R <sup>va</sup>
21	Kraske			Atrofia parcial	Curación R <sup>va</sup> a los 16 meses
22	Remons y	6-5-87	44	epiglotis, parot <sup>id</sup> fe parte base lengua ala izquierda y parot <sup>id</sup>	id - En Septe extirp <sup>a</sup> ganglio submaxilar y R <sup>va</sup> base lengua 19 meses después
23	Muller	15-12-8	60	Parcial trófica	Curación - Sin novedad a la fecha publi <sup>a</sup>
24	Kruster	31-8-88	45	Parcial	id - Sin novedad en Voto 89
25	Kruster	1881	"	Mitad lainge	Curado - Sin novedad Julio 89
26	id			id	id (O <sup>to</sup> de Baratonu)
27	Schmidt	16-7-86	m-47	id	id en abril 89
28	Salter	1885	m-65	id	m. 5 semanas después
29	id	"	60	id	idem
30	id	"	58	id	R <sup>va</sup> a los 2 meses
31	Pick	1886		id	m a los 10 semanas
32	Lozin	1886	56	id	m a los 10 semanas
33	Kruster	2-8-87	56	id	m de R <sup>va</sup> local y pulm <sup>o</sup> en 1888
34	Krioulein	" id		Epiglotis trófica y parotid <sup>id</sup>	M a los 7 años de pneumonia
35	id	22-11-8	51	mitad : trófica	M al mes de pneumonia

Nº	Nombres	Fecha	Edad	Letamin	Resultado
36	Wasserman	1889	28		M de pneumonia
37	id	1889	34		idem
38	Gunter	5-2-80	50	1/2 delos ligados - 1 <sup>o</sup> y 2 <sup>o</sup> de anillo y parte de la lengua	Curacion - M plenaria 1 año despues
39	Kruster	1881	50	Múltiples op <sup>s</sup> y al final distal bange	Curacion
40	Gunter	27-4-85	57	1/2 y 3/4 laringe y pared del bronquio 1/2 y 3/4 de la lengua	id - Sin novedad 2 años despues
41	Reisner y Kae	1-88	22 71	Patial y 1/2 de la lengua 1 <sup>o</sup> anillo por R <sup>va</sup>	M 2 días despues 2 <sup>o</sup> op <sup>s</sup> paralis en gran
42	Cherner	21-6-90	51-6	R. patial	M a los 5 días de colapsos cardiacos
43	Wasserman	1-7-87	32	Laringe y 1/2 de la lengua con chupin, cartilago anterior y 1/2 de la lengua	Curacion sin novedad 6 años
44	Wasserman	1890	21	R. patial	id idem 5 meses
45	Cherner	2-89	44	id	id id 18 meses
46	Holm	8-11-88	50	id	id - R <sup>va</sup> al año
47	Lozin	12-89	60	hemilateral	id - Sin R <sup>va</sup> 1 año y 9 meses
48	Holm	2-5-86	52	unilateral 1/2 y 3/4 de la lengua	id - id 6 años y 9 meses
49	Fischer	20-6-79	60	triglotis y parte sup <sup>2</sup> de el tracto glotico	M a los 3 semanas
50	id	Junio(?)	62	R. parial externa	Curacion - R <sup>va</sup> a los 9 meses
51	id	7-12-88	54	R. parial todo tróide y parte del anteuroides	id pero pronto R <sup>va</sup> y extrapara total
52	id	1-7-89	51	parial todo el tróide anterior y epiglottis	id - R <sup>va</sup> a los 2 meses id
53	id	25-11-79	53 1/2	Alaion externa	id - R <sup>va</sup> y M a los 10 meses

nº	Nombre	Fecha	Edad	Lesión operada	Resultado
54	Fischer	12-2-90	54	R. <sup>mt</sup> tróclea y antitroclares	M. a' los 4 días
55	id	29-2-90	55	R. <sup>mt</sup> tróclea derecha	M. a' los 17 días
56	id	25-9-90	62	R. hemilateral	Curación. Sin R. <sup>mt</sup> 6 años después
57	Mac-Cormac	1-11-87	53	id	M. a' los 3 días de pneumonia
58	Fillmann	23-2-91	45	id	Curación. Sin saber los resultados
59	Zeller	1-1-91	56	R. parcial	M. al 3º día de pneumonia
60	Solis Cohen	1892	64	id	M. a' las 48 horas
61	Cisneros	19-11-90	52	R. unilateral	Curación. - R. <sup>mt</sup> a' los 15 meses
62	id	10-5-92	48	R. hemilateral	id id a' los 7 mes. M. <sup>mt</sup>
63	id	20-5-92	55	R. unilateral	id sin R. <sup>mt</sup>
64	Antlin	15-5-89	53 J.	R. p. ant. tróclea	id id 5 1/2 años
65	Lemou	18-8-94	54	R. lado derecho	id - recidiva a' los 4 meses
66	Gluck	6-92	68	id	id - recidiva a' los 19 meses
67	Lemou	19-7-91	50	R. hemilateral	M. a' los 24 hrs. <sup>mt</sup> tróclea, antitroclares etc. recto
68	Kocher	11-7-90	51	R. antitroclares y p. <sup>mt</sup> tróclea	Curación. - R. <sup>mt</sup> - M. 16 meses después
69	id	2-1-90	58	R. p. tróclea, tróclea y lengua	id - R. <sup>mt</sup> - 11 1/2 meses
70	Becker	5-6-92	62	R. hemilateral	id - se ignoran resultados
71	Antlin	12-6-82	41	R. antitroclares y p. <sup>mt</sup> tróclea y lengua	id - Pronta R. <sup>mt</sup> - M. 3 meses

Nº	Nombres	Edad	Intervención operatva	Resultados
72	Butler	2-7-94 40	R. hemilateral	Emaciou. Pinta R <sup>va</sup> sin resultado
73	Kroenlein	16-8-93 61	R. parcial	id. Sin R <sup>va</sup> 4 meses
74	Stielus	1890 59	R. unilateral	id. R <sup>va</sup> 6 meses, op <sup>a</sup> mayor que la ant <sup>a</sup> a los 4 años <sup>sin R<sup>va</sup></sup>
75	Bauer	2-8-89 53.5	R. hemilateral	id. R <sup>va</sup> 1 año después y extirp <sup>a</sup> total
76	Geller	26-9-89 66	R. parcial de la parte superior y algunas glándulas	id. R <sup>va</sup> y M. a los 6 meses operado
77	Simmes	16-7-8 47	R. unilateral	id. Sin R <sup>va</sup> M. a los 6 meses cancer extirpado
78	Gerstlein	13-1-90 45	R. hemilateral	id. id. a los 6 1/2 años
79	id	22-7-90 60	R. unilateral	id. id. 6 años. Emaciou observación
80	Loew	21-3-92 58.5	mitad de la y glándulas	id. no se conocen resultados
81	Alte	1891 45	la toda la linfa	id. id
82	Lischberg	4-9-91 (?)	id	id. 6 semanas Emaciou M <sup>va</sup>
83	Foti	1892 66.5	R. hemilateral	id. Sin R <sup>va</sup> 22 meses
84	Fearu	2-12-93 41.5	R. parcial	id. id. 16 meses
85	Brandenburg	5-6-93 63	R. unilateral	id. Se ignoran resultados
86	Novels	1-4-95 32	R. hemilateral	id. extirp <sup>a</sup> glándula M. 5 meses
87	Hercheyle	1?, 42	R. parcial	id. R <sup>va</sup> a los 4 meses - extirp <sup>a</sup> total
88	Schningelow	4-2-89 46.5	R. unilateral	id. M. a los 6 meses cancer ventricul
89	Stusgard	17-2-90 65	id	id. R <sup>va</sup> - M. a los 8 meses
90	Schningelow	20-10-94 68	id	id. id. id. 4 meses

N <sup>o</sup>	Nombres	Fecha	Edad	Extensión operatva	Resultados
91	Bond	20-9-92	44	R. hemilateral	Sin R <sup>va</sup> 4 1/2 años - Curación
92	Gluck	(?)	57	Cr. parial	m a los 2 días
93	Cisneros		55	R. unilateral	id
94	Kramer	(?)	52	R. parial	Curación - Se ignoran resultados
95	Guermonprey	29-5-91	70	id	m. a las 45 horas de pneumonia <sup>sep</sup> <sub>tiid</sub>
96	Powers		54	id	m de R <sup>va</sup> a los 5 meses
97	Ball		54	id	m a los 14 meses
98	id		52 m	id	Curación - Bien 4 años después
99	id		58	id	m. uraturia
100	Symonds	20-4-97		Hemilateral y l	Curación - Bien 8 meses después
101	Rosenberg	20-10-98	54	Hemilateral	Se desconoce resultado
102	Powers y White			R. parial	m. de R <sup>va</sup> a los 4 meses
103	id			id	Curación - Bien 1 año después
104	id			id	m al 2 <sup>o</sup> día de pneumonia extia
105	R. Woods	99		Hemilateral y l	Bien 11 meses después
106	Stueck	1-7-87	52	R. parial	Curación - Bien 3 años después
107	Kulenkampff y Holtz	19-9-91	59	id	id id 10 meses después
108	Serrano	20-4-97		Hemilateral y l	Curación
109	Cisneros	20-10-99	50	id	id



Nº	Nombre	Fecha	Edad	Extensión operatva	Resultados
110	Cimero	16-12-99	64	Hemilaringectomía	Muerte operatva pneumonia sepsis
111	id	28-5-91	50	id	id. id
112	id		28	id	curación



Este es el resumen de las observaciones recogidas.  
Las estadísticas referentes a esta operación son;  
1.<sup>a</sup> La de Schwartz que cuenta 22 extirpaciones parciales con el  
resultado, 8 muertes operativas, 5 de la operación misma, 3 de compli-  
caciones pulmonares en las primeras 15 semanas lo que da una mor-  
talidad de 36.3%; 7 reidivas que se presentaron desde la 5.<sup>a</sup> sema-  
na a los 16 meses 21.8% y siete curaciones, pero si bien en algunos ca-  
sos (como el de Hahn) la observación duró seis años y puede  
durarse como definitiva, la curación en otros sólo duró dos  
meses, tiempo insuficiente y que quita todo el valor que  
tiene esta estadística.

2.<sup>a</sup> La de Barotou con 24 extirpaciones parciales de las que 12  
fueron muertes operativas o en las primeras semanas o sea un 50%.  
6 reidivas del 2.<sup>o</sup> al 16.<sup>o</sup> mes y una con generalización dos años  
después de operado en total 18 lo que da 18.7% siendo la proporción  
de las curaciones de 12% pero la observación sólo ha durado  
un año. Comprende además la estadística 25 extirpaciones  
total o hemilaringectomía con 7 muertes operativas o sea 18%, 6 re-  
divas 24% y 12 curaciones habiendo durado el tiempo de observa-  
ción en 9 desde 10 meses a 7 años, dos un mes y una cuatro  
meses de modo que aunque el tanto por ciento de cura-  
ciones según él es de 20 hay que rebajar algo, por ser insufi-  
ciente en algunos el tiempo que dura la observación.

3.<sup>a</sup> La de Gahr publicada en el *Journal of Laryngology and  
Rhinology* (n.º 1-1890) complemento de la publicada con los casos  
operados por Billroth de 1870 a 1871 y que comprende 10 nuevos  
casos con 3 muertes operativas, 2 reidivas y recuperado, 1 reidiva  
curado y 1 dudoso.

4.<sup>a</sup> La de Poirer y White (ya citada) y que comprende

73 extirpaciones parciales de las que 26 o sea un 33% son muertas...  
de los dos primeros meses, 7 curados habiendo seguido la observación más de 3  
años y lo curado pero con poco tiempo de observación.

5ª La de Hahn que comprende solamente los 7 casos operados  
por el con 3 muertes operatorias, 1 reidiva a los dos años y 2 afe-  
cciones, dos mantenidas más de dos años y la otra sin tiempo.

6ª La del Dr. Sota y Lator es la más numerosa pues com-  
prende 65 extirpaciones parciales por cáncer de las que mu-  
rieron en el 1º mes 23, en el 1º año 12, curado el primer  
8 y quedaren como curados 22 o sea un 34%.

7ª Pinguet que recoge en su estadística (1890) todos los casos  
conocidos incluso los de Hahn, cuenta 49 extirpaciones parciales  
con 17 muertes operatorias 35%, 14 reidivas habiendo esta  
presentado desde la 5ª semana hasta los dos años, de 5 faltan  
datos, en 4 la observación duró poco tiempo y 7 se consideran  
curados habiendo durado la observación de 1 a 7 años lo que da  
poco más del 14%.

8ª La estadística más completa es la de Schminckel (An-  
ales des maladies de l'Oreille 1897, Tomo 28 pag 289) que ha re-  
gistrado 54 extirpaciones parciales de la laringe de ellas 4 por  
cáncer y las restantes por cáncer con el resultado siguiente:  
10 muertes operatorias o sea un 18%. Sobrevivieron a la opera-  
ción 42 de las que 18 reidivaron y 24 curaron pero de estos  
24 hay que descontar 10 en los que la observación no se  
siguió más de un año o faltan detalles. De las 14 curaciones  
deben considerarse como definitivas por lo menos 8, en  
la observación se ha seguido 5, 6 o más años lo que da un  
16% siendo la de los 6 restantes de uno y dos años tiempo su-  
ficiente sino se consideraba como curados por lo menos para  
la inter

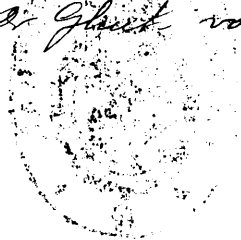
tua personal = las observaciones de extirpación parcial de

laingue que yo he podido recoger son 112 con los siguientes resultados

Muertes operativas y de las consecuencias de la operación	29
Recidivas en el primer año	25
id. parados el primer año	8
Muertes de otras enfermedades	2
Curados con un año o de observación	9
id. de dos a tres años	4
id. más de tres años	16
id. con poco tiempo observación	10
Se demuestran los resultados	8

Las causas de la muerte fueron: 1 resultado de la disformización  
1 de hemorragia a los 3 meses, 4 de colapso cardíaco en los primeros  
días especialmente del 3º al 4º y era 11 no se insinúa.

Resulta pues de mi estadística que de 112 enfermos operados  
han vivido más de un año después de la operación 37 habiendo  
16 que pueden darse como definitivamente curados, en varios  
la observación ha durado 6 años y más, lo que da un 14.3 por 100  
de curaciones siendo la mortalidad operativa grande pues se  
eleva al 25% y tanto en esta como en la extirpación total  
la causa más frecuente de la muerte fue la bronco-pneumonia sep-  
tica, en ello fatal que anula el mayor número de operados  
pero que gracias a la nueva técnica del Dr. Galt va desapare-  
ciendo poco a poco.



## Traqueotomía y Laringotomía intercrico-tiroidea

Antes de hacer el estudio comparativo de los diferentes tratamientos radicales del cáncer de laringe y de su valor terapéutico diremos cuatro palabras respecto de la traqueotomía y laringotomía intercrico-tiroidea como medio paliativo y muchas veces único de que podemos echar mano para combatir esta terrible enfermedad.

En efecto, el tratamiento paliativo del cáncer es muchas veces tratamiento de urgencia puesto que siendo el sintoma más grave la disnea nos vemos de enfrentar muchas veces forzados a salvar la vida del enfermo puesta en peligro por un acceso de asfixia. En estos casos no hay discusión posible y una u otra hay que practicarlas inmediatamente. Sin tratar de quitar importancia a la laringotomía intercrico-tiroidea u operación de Vick d'Agyr me parece a mí que dada la marcha invariable de los cánceres de laringe cumple mejor la indicación la traqueotomía que puede hacerse tan baja como sea necesaria entendiendo con esto el caer en plena mano al cáncer (de esta opinión es Koch<sup>(1)</sup>) reservando la laringotomía para aquellos casos en que por la extensión del cuello, plexo nervioso muy desarrollado, tiroides voluminosos, etc., hagan la traqueotomía peligrosa. De cualquier modo que sea no podemos pronunciarnos definitivamente por una u otra pues cada caso requiere una conducta especial.

(1) Baratonx asegura y con razón que la crico-traqueotomía es recomendada por otros es perjudicial porque el cartilago en esas edades suele estar unificado, necesita mucho trabajo seccionarlo y además puede necrosarse.

Valor terapéutico de la traqueostomía en el tratamiento  
cáncer = Siendo el cáncer una enfermedad necesariamente mortal  
la traqueostomía no cumple más que una indicación  
médica, aliviar la disnea, pero como quiera que la  
por la laringectomía es tan enorme muchos autores Solis, Cohen,  
Schwartz, Augieros (de la tracheotomie dans le cancer du larynx)  
est<sup>o</sup> optan por alargar simplemente la vida y no con el  
de una intervención operatoria tan grande como la larin-  
gectomía. ¿Alleva la traqueostomía esta indicación? ¿Que tien-  
po da de vida la traqueostomía?

Analizando la lista de traqueostomías publicadas por Schwartz  
y que comprende 188, vemos que en los 1<sup>os</sup> quince días han  
muerto 16, que han durado de 15 días a 6 meses 33, de 6 meses a  
1 año han durado 32, y mas de un año 15, teniendo que  
de la suma total 12 casos no notados. Cual es pues por término  
medio la vida que da la traqueostomía según esta est.  
Según Augieros es de 8 1/2 meses; ¿puede esto compararse con el  
25% de curaciones que da la laringectomía parcial ni aun  
el 8 1/4% de la total?

Comparando las estadísticas vemos que la indicación es apo-  
simadamente ambos casos igual con la ventaja para la  
laringectomía de contar con algunas curaciones y la traqueos-  
tomía solo uno, el caso de Collaen, que presentó a la Aca-  
demia de Medicina de París en Noviembre del 1887 y que  
tomizado en Junio estaba mucho mejor y estaba también sumamen-  
te disminuido. Aunque las curaciones fueran totales en  
un número limitado debe operarse, pues es horrible el ma-  
do que presenta el degenerado enfermo de epiteloma larin-  
geo. La traqueostomía proporciona un alivio inmediato

los casos de disnea, y es utilísima cuando esta disnea es depen-  
diente de fenómenos inflamatorios de la laringe o de edemas int-  
rínsecos de la misma, pues que proporciona por el reposo que  
da al órgano no sólo la remisión de todos estos fenómenos sino  
de sus causas (dificultades para la fonación, deglución, etc.) y  
esta mejoría pasajera se ha tomado como modificación  
del neoplasma en el que ella misma puede ejercer otra  
acción que la del reposo. Véase uno o cuando hay en  
de vido tan frecuentes en el cáncer y en neuralgias faciales y  
occipitales la traqueotomía la modifica. En resumen la traqueo-  
tomía no debe considerarse más que como operación de  
urgencia para salvar la vida en un momento dado  
previniendo la asfixia o preparando al enfermo para la laringo-  
tomía; y para aquellos casos de cánceres extirpados  
en el que el tumor ha tomado grandes proporciones, ha invadido  
los ganglios y no hay posibilidad de una intervención  
con estos casos la traqueotomía debe hacerse inmediatamente  
y no aguardar a que venga un acceso de asfixia  
para practicarla y todo lo más baja posible por dejando  
el órgano en reposo el tumor evolucionará más lentamente  
y se prolongará más tiempo la vida del enfermo. En la  
laringectomía que Stannell da en su obra "The larynx" que  
vivieron sin traqueotomía 3 años por término medio y 15 traqueo-  
tomizados 3 vivieron  $3\frac{1}{2}$  y 7 cuatro años.

Se ha hecho sólo tan aproximado número con ninguno  
muerto operados quizá por tratarse de enfermos en los  
que el tumor estaba muy desarrollado y se había la tra-  
queotomía en último extremo y con objeto de prolongar  
algo más la vida que se veía amenazada de in-

minente como puede verse en las siguientes observaciones propias.  
Observación n° 15 = Ernesto Millares de 48 años, casado, albañil del  
Piamonte. La historia de su enfermedad se remonta a unos  
catorce meses que empezó a sentir molestias en la garganta.  
El examen laringoscópico deja ver un tumor voluminoso que com-  
prende el repliegue glosa y anteno-epiglótico del lado derecho  
con infartos sub-mucilares.

Diagnóstico = Epitelioma laringeo irreparable.  
El 12 de Noviembre de 1900 le hizo una traqueotomía lo más  
baja posible pero el desarrollo del tumor sigue y el enfermo  
muere el 22 de Enero de 1901.

Observación n° 16 = Mario Sengentes de 42 años, casado,  
de Toledo = Desde hace 7 meses y a consecuencia de un catarro  
resaca, con expectoración abundante, dolor irradiado al vi-  
do derecho.

Diagnóstico = Epitelioma irreparable.  
Traqueotomía practicada el 14 de Enero de 1901, falleció  
el 19 de Junio.

Observación n° 17 = Onelmo Lopez de 56 años, casado, carpintero de  
Madrid. Antecedentes venereos, fumador y bebedor. Molestias y dolores  
a la deglución desde hace un año, dolor que fué en aumento pro-  
gresivamente algunas veces al vido derecho y otras tanto sangra-  
men = Epitelioma cara anterior epiglótica y repliegue glosa. En  
el lado derecho con infartos sub-mucilares irreparable.

Traqueotomía el 10 de Mayo de 1901, sale de la clínica el 5 de  
Junio denunciando su estado.

Observación n° 18 = Juan Espinosa de 50 años, casado, de Almería  
sin antecedentes, hace 10 meses empezó a sentir resaca, dolor  
progresado al vido y dificultad en la deglución.

Examen = Epitelioma ulcerado esteno que comprende la epiglótica



no conio... y base de la lengua, infartos en ambos lados.  
1.ª observación n.º 19 = Julián Ortiz. 42 años, casado, labrador de Mejorada.  
Rouquera desde hace 3 meses con dolor y últimamente disnea.  
Examen: Tumor difuso que ocupa toda la cara anterior de  
laringe con infartos carotídeos.

Tragicotomía practicada en Octubre 1901, muere el enfermo en  
Mayo 1902.

Observación n.º 20 = Federico Anís de 45 años, vecino de Madrid.  
Rouquera desde hace dos años con dolor a la deglución, fatiga.  
Examen: Tumor difuso ulcerado que ocupa toda la laringe,  
epiglotis y repliegues glós. epiglotícos con infartos voluminosos en  
ambos lados del cuello.

Operado de tragicotomía en Octubre de 1900 viene a morir a  
clínica en Noviembre 1901.

Observación n.º 21 = Santos Barba. 44 años - soltero - jornalero de O.  
Rouquera desde hace dos años dolor propagado a los ojos,  
para la deglución y expectoración sanguinolenta.  
Examen: Tumoración difusa que comprende toda la porción ante-  
rior y lados derechos de la laringe con infartos carotídeos y mit.  
Tragicotomizado en Octubre 1901 sale de la clínica a los pocos días, se  
demora en estado.

Observación n.º 22 = Julián Bonilla = 48 años - casado, jornalero -  
Cobedo: Rouquera desde hace 5 meses, dolor a la deglución y disnea en  
el decúbito lateral derecho.  
Examen: Tumor del tamaño de una anellana que ocupa el vestí-  
bulo laringeo en el lado izquierdo, empujando a la epiglotis que se  
eumentó alargada, aplastada, sin que permita ver el interior  
de la laringe que tapa aquella por completo. La superficie del  
tumor está ulcerada y el aire pasa desde el fondo de la ulcera.

ción a la laringe, infarto submasilar en el lado derecho.  
Traqueotomizado en Enero 1902, muere en Mayo 1902.

Observación n° 23 = Gonzalo Guzmán de 52 años, campesino, empleado de  
Huehwa. Padece desde hace 6 meses tr. con expectación  
quinsolenta, dolor propagado al vido izquierdo, deglución difícil y  
Examen = Tumor blando que comprende la cara anterior de la  
laringe y repliegue gloto y aritenoides-epiglótico, infarto en el lado  
izquierdo.

Traqueotomizado en Julio muere a los 3 días de pneumonia.

Observación n° 24 = Santiago Pico - 75 años, viudo de Orizaba.

Padece a desde hace 5 meses fatiga, expectación abundante  
dolor a la deglución propagado al vido derecho.

Examen = Tumor voluminoso que ocupa todo el lado derecho  
y región posterior de la laringe, con infartos.

Traqueotomizado el mismo día que el anterior muere a los  
días de pneumonia.

Resulta por lo tanto de estos traqueotomizados que 3 murieron en los  
primeros días, dos duraron 3 y 5 meses. 1 duró 8 meses y solo 1 pasó  
del año (11 meses) ignorando el resultado de otros dos. Estos  
confirman la opinión antes emitida y que la misma  
Opinión establecida en un buen escrito tesis" (apoyada con gran copia  
de datos).

Una vez estudiados los diferentes tratamientos quirúrgicos del  
cancer de la laringe y del valor terapéutico de cada uno  
de ellos vamos a hacer un estudio comparativo para que  
vaya de él podamos establecer las conclusiones.

## Valor comparativo de los diferentes tratamientos empleados para la cura radical del cancer laríngeo

Realmente antes de tratar el valor respectivo de los diferentes tratamientos quirúrgicos del cancer de larínge debemos hallar algo de la cuestión acerca de si el cancer debe operarse o no, más como esta cuestión lo de volverse por si solo insinúa del resultado del estudio que vamos a hacer nos limitaremos a consignar desde luego, que son pocos hoy día los cirujanos que como Ellis-Collier, Schwartz y alguno otro se muestran partidarios de la traqueotomía como único tratamiento del cancer, y aun este se inclina si bien con grandes restricciones por la laringectomía. Un solo caso encontramos en la literatura médica (el de Gillman ya citado) en el cual la traqueotomía proporcionó una curación, en los demás el término medio de vida como hemos dicho es solo de 5 u 8 meses, el alivio es solo transitorio y el enfermo muere destruido de grandes sufrimientos. Lo más aun contando como curaciones los casos raros en que el enfermo sobrevive más de un año el tanto por ciento es inferior al promedio de curaciones obtenidas por los procedimientos radicales como puede verse en la estadística comparada de Parrotaux;

112	Extirpación total	85%	curaciones	} Curaciones 135%
20	id. parcial	12%	id.	
25	id. unilaterales	20%	id.	

### Traqueotomías

24	Muertos en las dos primeras semanas	} Curaciones! 127%
4	id. inmediatas	
20	id. en las dos primeras meses	
82	id. id. seis id. id.	
17	Han sobrevivido de 1 a 5 años	

Parrotaux una ligera revista a las opiniones de los autoridades en

la materia para en vista de ellos y de nuestra estadística formular las conclusiones.

Generems desde luego a Krishaber que ya en 1879 en los primeros tiempos de la extirpación total y sin grandes éxitos operativos se muestra partidario de ella solamente a consecuencia de que el diagnóstico sea hecho a tiempo.

Viene luego Charazac que en abril de 1881 presenta un trabajo sobre el cáncer a la Sociedad Francosa de Laringología en el cual establece las siguientes conclusiones: diagnóstico precoz, laringotomía parcial o unilateral y en los casos más avanzados la extirpación total, pero siempre que el cáncer se mantenga intrínseco, conclusiones a las que se adhieren Meuwod, Quenault, Hume y Senne.

Butlin viene ya procurando un poco la inclinación hacia la distinción entre los cánceres ~~intrínsecos~~ y los ~~extrínsecos~~, aquellos los que nacen en el límite de las vías digestivas y que infiltran ordinariamente los ganglios, son inoperables. El intrínseco bien limitado sin infiltrar, localizado a una mitad del órgano puede curarse con extraordinaria de éxito.

De la misma opinión por Ham y Butlinoki partidarios decididos de la intervención no ocultan su preferencia por la extirpación parcial y precoz, no operando aquellos casos en que Krishaber insiste, está muy extendido el tumor linfoide y las conclusiones sobre todo pulmonares, el enfermo está sometido a una recidiva o a una muerte segura.

Heydenreich en su trabajo (De la extirpación de la laringe: Vence 1885) basándose en la misma estadística de Egeas considera que la extirpación total rara vez está justificada y prefiere la laringotomía cuando se pueda extirpar por este medio todo el tumor limitándose a una traqueotomía profiláctica en los casos en que esto no sea posible. está ya muy avanzada la lesión, local o mal limitada, que genera el del tumor.

Qui en un ... publicando en el "Che medical analectico",

(24 Mayo y 14 Junio 1888) titulado "A German case of the tongue,"  
re presenta nuevamente en contra de la extirpación total, opo-  
niéndose que según el dictamen de la cirugía por la peligrosidad  
de la operación en sí; por el estado poco satisfactorio tanto moral  
como físico en que queda el enfermo y por la recidiva probable,  
aun en el caso de éxito operario. Es solamente en justificación  
la parcial en los casos en que una diagnóstico precoz permite  
asegurarse de la limitación de la neoplasia. En todos los demás  
considera la traqueotomía como la sola operación aplicable  
por ser poco peligrosa y prolongar la vida del enfermo casi tanto  
como la extirpación total.

Salomon en su tesis "Exstirpation totale du langage," (París. Abril  
1886) se declara partidario de la laringectomía con su  
a' la laringectomía por ser más fácil y frecuentemente la recidiva  
en esta evitando ambas extrínsecas en la telerectomía.

El Dr. Sata y Satcha en el trabajo ya citado presenta la cues-  
tión bajo un aspecto verdaderamente original y es el si-  
guiente: En 142 extirpaciones totales, 96 enfermos murieron algunos  
meses antes de lo que hubieran muerto a no haber sido opera-  
dos. 23 vivieron algunos años más de lo que hubieran vivido  
sin la operación y 23 viven merced a ella. En 65 extir-  
paciones parciales, 25 murieron un tiempo antes, 8 gozaron al-  
gunos meses de vida y 22 curaron. Pues bien, se puede comer el  
muerto de los 121 por lograr la de los 77. El no duda un  
momento y es partidario convencido de la intervención inme-  
diatamente que por medio del laringectomía se haga el  
diagnóstico, teniendo que estar en relación la intervención  
con la extensión del tumor pero procurando siempre pe-  
gar por más que no por menos.

Buthin cuya opinión favorable a la intervención ya hemos  
indicado presentó en Julio del 1895 a la Sociedad Británica

Medicina, Sección de Laringología una conclusión que fuere aprobada y aceptada y que pueden reunirse en los siguientes puntos. 1.º Todo tumor maligno intrínseco y accesible debe ser operado lo antes posible, si no hay contraindicación formal.

2.º Todo tumor maligno, intrínseco, bien limitado, susceptible de ser extirpado justifica cuando menos una tricotomía subglótica si ya han infiltrado en los tejidos inmediatos ni glándula intactas la extirpación del tumor. No hay daño ulterior grave por una tricotomía subglótica de lo cual se muestran también partidarios los Dres. Papan y White.

Lord Storer en los «Annales des maladies de l'oreille, et al.» (Tomo 23: 1897) publica un resumen de las operaciones practicadas en su clínica. cita 18 operaciones radicales por medio de la extirpación total y parcial / 13 enfermos traqueotomizados como tratamiento paliativo y no fueron considerados inoperables. Cree que el cáncer de la laringe por la operación siempre que sea diagnosticado a tiempo.

Podríamos seguir preguntando opiniones de los diferentes cirujanos que han escrito sobre la materia pero creo que con lo dicho basta para poder formar un juicio bastante exacto de la cuestión y nuestra opinión está bastante justificada. El cáncer laringeo debe operarse más como dice, Demme o algunos u por la extirpación de un epitelionoma está entorpecida es en estos casos en que el tumor encontrado en una cavidad limitada por paredes resistentes que no ha sangrado por ningún lado, puede ser extirpado en totalidad por una grande operación. Primera de la cual se refiere, como consecuencia natural la limitación del tumor. A p de la cita de Stelzner que extirpó toda la laringe, la traquea y hasta la laringe externa, de Canelli que extirpó la laringe, la traquea, la base de la lengua, partes blandas del

y de la laringe que extirpó la laringe y una  
frente del esófago, otros grandes destellos no deben perderse y el  
cancer extirpado no debe operarse.

Al limitar la intervención al cancer intrínseco como la pro-  
laba en la cirugía de su adquisición, esto es de que se man-  
tenga encerrado en la laringe, que no haya infiltrados, pues aun-  
que algunos casos se han operado y se han operado sin estas  
condiciones el resultado ha sido fatal, como fueron los de May-  
Dupont, Parker, etc.

La contraindicación es tanto mayor, cuanto que cuando el infante  
un síntoma tardío indica una lesión muy avanzada de la  
laringe y una difusión mayor del tumor o una maligni-  
dad muy acentuada. Vease como último ejemplo nuestra o-  
peración n.º 10 en que a pesar de que no había más que  
un pequeño infarto en el lado izquierdo, rápidamente re-  
diviéndose en este lado y en el derecho por más minuciosa y pro-  
ja que fue la disección, tratándolo peidivido de nuevo en el  
lado izquierdo y no sabiendo que admira más si la tena-  
dad de mi querido Maestro el Dr. Cisneros en querer aman-  
dar a este pobre enfermo de la muerte o su continuación en  
meterse a tantas intervenciones.

La operabilidad del cancer de laringe está pues en ra-  
zon directa de sus límites: cuanto más limitado, más operable  
con probabilidades de éxito; probabilidades que van disminu-  
yendo a medida que aquellos, cuanto menos limitados me-  
jorable.

Pero no basta solo que el tamaño y límites del tumor  
hagan justificable de una operación es indispensable  
más otras conclusiones que dependen del objeto por ej. la ca-  
da se deben operar enfermos de más de 50 años. Estudiando  
la estadística de Kraus bajo el punto de vista de la edad

veremos que la mortalidad es de 20 a 30 años de 28% - de 30 a 40 = 11% - de 40 a 50 = 23% - de 50 a 60 = 36% - de 60 a 70 = 66% puede verse aminorarse de una manera notable el aminoramiento de esta mortalidad a medida que la edad avanza. Lo usado quiere decir en absoluto, solo hay que tener en cuenta que la mortalidad de muerte son mayores en los niños y que hay que mirar si el estado del organismo no antecipa a llevar a efecto una intervención.

Cualquier afección concomitante del aparato es una contraindicación de la laringectomía. A efecto la laringectomía como la traqueotomía son operaciones que predisponen a los enfermos a accidentes pulmonares mortales la mayor parte de los casos y no hay más que echar una ojeada a la estadística para ver el número de muertes operativas (en los 15 días) debidas a otros accidentes de todo tipo que la neumonía y la bronquitis. La causa de estos accidentes es denunciada por mientras Stenck cree sean debidos a la acción de algunos filamentos nerviosos del recurrente (rama cardíaca del pneumogástrico que algunos creen esta unida a la rama de la plexo primitiva a la laringe) y Paul Bert a la irritación de los centros por excitación centrífuga exagerada (la excitación periférica) otros como B. de Meunier (1) y Alphonse Schüller (que ha publicado con notabilísimo trabajo sobre este punto) creen sean efecto de la introducción en el pulmón de materias septicas bien en el acto de la operación o bien posteriormente (a esto y no a otra cosa fue a lo

(1) Según Boudinhamer consiste en una infección especial de los tejidos que teniendo en punto de partida en la parte más profunda de la mucosa que se propaga al tejido celular y al pulmón produciendo la neumonía.



la muerte del enfermo de la cama n.º 2. Camelo Caminos). En cambio Dumas es suficiente causa la penetración del aire frío y rizado directamente en el pulmón por la cañula sin haberse templado y tamizado en las primeras vías. De cualquier manera que sea venio que siendo los pulmones el peligro inmediato de cualquier operación laringea lo menos que puede exigirse es que se encuentren en regular estado.

La bronquitis crónica no constituye por si una verdadera contraindicación pero la tos es tan molesta y perjudicial que yo me permitiría aconsejar se dedicasen pocos días a su tratamiento para obtener aunque no sea más que un pasajero alivio.

Por último la coexistencia de tumores de la misma clase en otros puntos del cuerpo y la caquexia son contraindicaciones formales de las operaciones.

Ahora bien si pues consideramos el cancer de laringe perfectamente operable teniendo en cuenta las limitaciones indicadas ¿que procedimiento nos dará mas seguridad de éxito? Aunque cada uno de ellos puede tener sus indicaciones especiales podemos formarnos una idea de su valor respectivo en algunas de las estadísticas comparadas que se han publicado con este objeto.

De la estadística de Parrot nos terémos muy citada podemos formar el siguiente cuadro comparativo:

Clase Operación	Muerte 1.º 15 días	M. 1.º mes	Recidivas	Curaciones
Extirpación total	36 por 100	16 por 100	26 por 100	83 por 100
"    parcial	22 por 100	15 por 100	18 por 100	12 por 100
"    inilateral	12 por 100	16 por 100	24 por 100	20 por 100

Aquí la hemilaringectomía es la más favorecida por su menor mortalidad y por el mayor número de curaciones.

Butlin (British M. Journal - 29 Agosto 1890) presenta una estadística comparada al Congreso internacional de Medicina de Berlin 1890. En ella divide a los enfermos en tres categorías: muertos curados y mejorados; los muertos lo fueron la mayor parte de infección suppurativa; los curados son los que pasaron tres años sin recidiva y es considerada como mejorada la de tirotomía y extirpación parcial. Sus resultados son los 2 operados.

Enucleaciones 28 - 3 muertos - 12 recidivas - 8 curados - 3 curados definitivos  
 Extirpación parcial 28 - 7 " - 5 " - 5 " - 4 " "  
 Total 56 - 16 " - 17 " - 13 " - 7 " y 6 muertos  
 otras causas.

Modelo de estadística es la de Scheier publicada en su trabajo "Du cancer de la langue et des résultats de son traitement". Las 125 observaciones de cancer laríngeo recogidas por él desde 1880 al 89 las presenta agrupadas en la forma siguiente:  
 1ª Cuatro casos de cancer laríngeo en los que no hubo intervención y que duraron 12, 14 meses y 2 años; sin dato para el 4º caso.

2ª Diez y siete traqueotomizados (esto es un 14% del total) de los que 7 murieron de la operación (pneumonia, marasmo) 2º de recidiva.  
 3ª Nueve laringotomías con extirpación del tumor de los que tres murieron de los tumores 14 días esto es un 33 1/2 por 100, 2 son a los 3, 9 y 10 meses, 1 caso recidivó en la faringe a los 2 años y 9 meses y otros dos casos fueron operados tan recientemente que no había tiempo para decidir el resultado.

4ª La extirpación parcial fue hecha 23 veces, o sea un 18 1/2 por 100 de los 23 casos - hubo 9% de muertes en los primeros 14 días, 19% de 15 a 60 días - 24 1/2 % de recidivas y 56% de curaciones de las cuales puede según el autor considerarse como definitivas 35 por haber pasado de 16 meses en observación.

5<sup>a</sup> sexta y ocho extracciones totales cuyo resultado fue el siguiente: 26 1/2 por los métodos operativos - 71% de curaciones de la laringitis - 25% de recidiva - 9% de muertes por enfermedades intercurrentes y 32 1/2% de curaciones de las que pueden considerarse como curas 19%.

6<sup>a</sup> En casos de cáncer operado por vía endolaringea. El de hulo que extrae por la laringe por recidiva a los 5 meses. El de Fraenkel puede verdaderamente considerarse como curado: operado hace 4 años no ha recidivado. Los casos de Elyer y de Schmitzler falta tiempo para su observación.

El Dr. H. Leubrich de Viena en su memoria sobre los tumores malignos de la laringe y su tratamiento (traducido por el Dr. Fancherich) presenta una estadística de 452 observaciones de cáncer y 80 de sarcomas tratados por diferentes procedimientos quirúrgicos:

1<sup>o</sup> Endolaringeo = En 32 observaciones de cáncer tratados por este procedimiento ha habido un resultado favorable en 25% como durando como tal la vida de más de un año sin recidiva y ha habido recidiva inmediata en 40 7/8%.

2<sup>o</sup> Cincotomía = 92 observaciones. Muertes consecutivas a la operación 9 8/10% = Recidiva inmediata en 53 5/10% de los casos y 21 7/10% de los favorables con un 8 7/10% de curaciones.

3<sup>o</sup> Extirpación parcial = 110 observaciones es la que mejores resultados ha dado con 12 7/10% de curaciones siendo de estas definitivas 11% la recidiva ha sobrevinido en el 28 2/10% y la muerte en el 26 3/10% de los casos.

4<sup>o</sup> Laringectomía total = 188 observaciones. Los resultados de este procedimiento no son tan favorables = 12 8/10% de curaciones no siendo definitivas más que en el 5 85% de los enfermos con un 32 25% de recidivas y 44 7/10% de muertes siendo el mayor número de estas debidas a la neumonía.

Estadística personal: Comprende 533 observaciones de cáncer de laringe operadas por los diferentes procedimientos que hemos expuesto, la mayoría han sido cuidadosamente rectificados y comprobados con los datos originales en los que se da cuenta de ellas. De estas 533 observaciones comprenden 35 al procedimiento endolaringeo, 53 a la laringotomía, 47 a la faringotomía, 284 han sido extirpaciones totales y 114 extirpaciones parciales y unilaterales o hemilaringectomías.

He descartado de la suma total y no son factibles en forma en contra lo suficientemente muchos de causas ajenas a la enfermedad, como en la de extirpación total y 2 en la de extirpación parcial muertes subsecuentes sin que se presentara la recidiva, lo que tampoco pueden considerarse como curados para la estadística por haber venido antes del tiempo marcado.

Se han considerado como curados los enfermos cuya observación ha sido seguida por tres años como minimum, habiendo en los que ha durado 5 y 6 años.

El resultado varía mucho según se tengan en cuenta todas las observaciones o solamente aquellas cuyos datos son perfectamente concordantes como puede verse en los siguientes cuadros comparativos.

Procedimientos	Muertes operativas	Recidivas	Curaciones	Sin datos
Endolaringeo	57%	22.8%	28.5%	45.7%
Laringotomía	7.5%	48.5%	26.4%	24.5%
Faringotomía	8.2%	42.5%	14.9%	34%
Extirpación total	34%	29.3%	9%	29%
Extirpación parcial	25%	26.7%	14%	27%

Precedimiento	Muertes	Reincidias	Curaciones
Endolaringeo	10'8 %	4'2 %	4'7 %
Laringotomia	10 %	55 %	25 %
Faringotomia	12'9 %	64 %	22'2 %
Extracción total	51'6 %	24'7 %	10'5 %
id parcial	24'0 %	28'8 %	18'8 %

El tanto por ciento varia pero la relacion entre los distintos es igual aproximadamente.

Mortalidad = La menor mortalidad la da el procedimiento endolaringeo luego la laringotomia, faringotomia, extracción parcial y por ultimo total.

Reincidiva = El mayor numero de reincidias la da la faringo -  
neme luego la laringotomia, endolaringeo, extracción parcial y la total  
que es la más favorable.

Curaciones = Los datos más favorables corresponden al tro  
endolaringeo, al que sigue la laringotomia, faringotomia, e  
parcial y extracción total.

Queda a parte luego si solo un atenuado o lo que de los nume  
ros se desprende que la preferencia debe darse al procedimiento  
endolaringeo, pues es el que da menor mortalidad mayor numero  
de curaciones y un tanto por ciento medio de reincidias.  
que por otra parte no impiden que se emplee  
un tratamiento más radical. Pero aun cuando esto así tenemos  
que este procedimiento no solamente no es aplicable a todos  
casos sino que el menor numero de ellos se presentan en la  
condiciones necesarias para que pueda ser utilizado. Siendo el caso  
laringeo tan tenue enfermedad sus principios producen tan  
frecuentes molestias que el enfermo no las da importancia o

lamente recurre al médico cuando los síntomas  
necesidad y entonces la extensión del tumor exige un  
momento

Dejando a un lado la laringotomía que tiene una  
indicación especial dependiente de la localización del tumor  
en la epiglotis y cuya localización no da la clave del porque  
en este procedimiento mas numerosas las residuas tendiendo que  
los resultados mas favorables se alcanzan con la extirpación par-  
cial o hemilaringectomía, pues si bien en la laringotomía es me-  
nor la mortalidad y algo mayor el numero de recaídas en cam-  
bio las residuas son mucho mas frecuentes, factor importantísimo  
y que debe de pesar mucho en nuestro ánimo para no com-  
eter a un error o a una intervención inútil.

Mi experiencia personal me permite manifestar que si bien la  
laringotomía es una operación relativamente de poca gravedad  
sus resultados son muy inciertos. Por muy extensa que sea la  
extirpación de los tejidos blandos, por muy cuidadosos que se  
el cuidado, aunque se contenga después ampliamente la  
se incrementa en algunos con poca continuidad. La extir-  
pación y mejor aun la hemilaringectomía  
del tumor fino del tiempo en que aquel se ha  
las esperanzas de un éxito permanente. Esto, aparte de  
con la nueva técnica de Gluck alejando las  
la técnica pneumónica. república hacia de la

En resumen y reiterando la pregunta que tiene al  
de esta memoria respecto a la conducta que se debe seguir  
de un cancer laringeo eso que se encuentran una respuesta  
después del estudio que heun hecho en las siguientes.

### Conclusiones

1ª El cancer laringeo intrínseco es operable

2<sup>a</sup> La operabilidad del cancer laringeo está en razón inversa de su extensión cuanto menos extenso más operable.

3<sup>a</sup> La operabilidad cesa, cuando por su mucha extensión ha para los límites anclados al corio intrínseco, siendo también contraindicación formal la presencia de infartos y malas condiciones pulmonares del enfermo.

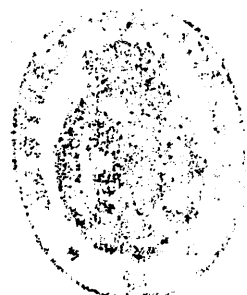
4<sup>a</sup> En los tumores poco extendidos, limitados a las cuerdas vocales y mejor aun pediculados el procedimiento de preferencia será el que dejando al enfermo sometido a una vigilancia prolongada y dispendiosa a internarse con una intervención más radical (al menos) de recidiva.

5<sup>a</sup> En los tumores no pediculados pero bien limitados de las cuerdas vocales se usará la laringotomía con resección de las partes blandas que tengan la seguridad de extirpar todo el tumor y tejido como adyacente.

6<sup>a</sup> Si el tumor se extiende no solo a las cuerdas vocales sino también a las falsas o, están infiltrados la extirpación parcial o hemilaringectomía será el tratamiento más seguro.

7<sup>a</sup> En el carcinoma de otras partes de la laringe la intervención total será el procedimiento elegido.

8<sup>a</sup> Por último en los casos no operables, la traqueostomía total y todo lo más bajo posible comprimirá algunos días al desahogado enfermo.



## Bibliografia

- Buflin = On malignant diseases of the larynx - (1882)  
 Schwart = Les tumeurs du larynx (Paris 1886) Paris  
 Barataux = De la extirpation du larynx = Progres Medical (1886)  
 id = Du cancer du larynx = Progres Medical (1888)  
 Pincomat = De la extirpation du larynx (Paris 1890) Paris  
 Charasac = Valeur comparée de la tracheotomie et de la laryngectomie  
 interciro-tyroïdienne - Revue de l'otologie et l'otorhinologie (1890)  
 Mongour = De la laryngectomie totale - Bordeaux (1890) = Paris  
 Lepage = De la laryngectomie totale ou partielle (Annales de la  
 Société Belge de Chirurgie (15 Feb 1897))  
 Brindel = Cytologie - Bordeaux (1896) Paris  
 Seannet = Epithéliome du larynx - Laryngectomie totale d' =  
 de Médecine de Bordeaux (15 Juin 1896)  
 Leseigneur = Etude sur la laryngectomie (1894) Paris  
 Tenier = De la extirpation du larynx = Archives internationales  
 de laryngologie (1895 - pag 127)  
 id = Laryngectomie pour tumeurs du larynx = Bulletin de l'  
 Académie de Médecine = Paris (Feb 1895)  
 Guinter = Annals of Surgery = Feb 1896  
 Geramy = Comptes rendus du 10<sup>e</sup> Congrès international de  
 Médecine de Berlin = Sept 1890  
 Guerminguez = Journal de Sciences Médicales = 29 Mayo 1891  
 Fournier = Medical Record = 29 Mayo 1891  
 Woods = Comptes rendus de la 1<sup>re</sup> Conférence de N<sup>o</sup> 26 Juin  
 Symonds = S. L. de Londres = Session Juin 1898  
 Rosenburg = S. L. de Berlin = Session 4 Nov 1898  
 Molhise = Lion Medical = Dec 1887



Kuster = Annales des M<sup>e</sup> de l'oreille = 1889 pag. 408  
 Regner = Journal of L. and R. n°1 - 1889  
 Lohm = Progress Medical = 20 Mayo - 1890  
 Demons = Archives internationale de L. et R. tome 1: pag. 18.  
 Solis Cohen = New York M. Journal - 1892 pag 12. Note  
 Powers and White = Medical News - 20 Mayo 1895  
 Woods = British M. Journal 1895 pag. 1118  
 Gagner = Archives internationales tome 2: pag 301  
 Stark = id id id id 265  
 Holtenius = id id id id 298  
 Hermann = The Lancet = 24 Junio - 86 id 5<sup>e</sup> pag 298  
 Henry Morris = British M. Journal: Note 1886  
 Hager Agnew = Medical News = 9 April 1887  
 Stverch = Annales des M<sup>e</sup> de l'oreille 1890 pag. 591  
 Fatti = Archivio italiano di otologia = 1893 pag. 407  
 Gaisdnery Cox = British M. Journal - Julio 21. 1888  
 Bygoncini = Union Medicale = 22 Note 88  
 Heyner = Journal de M<sup>e</sup> de Paris 18 Note 1888  
 R. Parker = Annales des maladies de l'oreille 1889 - pag. 411  
 Schmidt = Journal of Laryngologie and R<sup>e</sup> Str 1888  
 Schuch = id id id id 1889  
 Ternier = Annales des maladies de l'oreille - 1890 pag 265  
 Fowler = Archives de laryngologie 1890 pag. 43  
 Crayonots = Annales de M<sup>e</sup> de l'oreille 1892 pag 968  
 Powers and White = Medical News - 20 Mayo 95  
 Solis Cohen = British M. Journal 1895 pag 1100  
 Spencer = L. de Londres - 9 Junio 1898 pag 108  
 Blawie = Archives de

Herivel : Archives de Laryngologie 1894 pag 47  
 Jeon : Gazette des Hôpitaux n° 14 - 1895  
 Bull : Medical Journal Revue - 23 Mayo 1895  
 Leannel : Archives M. de Toulouse - 15 Juin 1895  
 Meyer : Comptes rendus de la S. Laryngologique de Berlin - 17 Juén 1895  
 Robert : id id id id de Londres 9 Jén 1896  
 Lambert Lake : " " " " 8 Juén "  
 Spencer : " " " " 9 Jén "  
 Volkovitch : Revue hebdomadaire de Médecine - 1897 pag 57  
 Iguchi : Bollettino italiano de L. etc. 1897. pag. 85  
 Sattler : Revue hebdomadaire de Médecine - Juin 97  
 Woelke : Britisch M. Journal - Mayo 1897  
 Beerston : The Australian Medical Gas - 1897  
 Loueno : Bulletin Medical - 24 Avril 1898  
 Shurky : New York M. Journal 16 Julo 1898  
 Linet : Journal de Sciences M. de Lille - 23 Julo 1898  
 Langenbeck : Annals des otolaryngies de l'oreille 1895 pag. 271  
 Bottini : Giornali della Accademia de M. de Torino - 14 Mayo 1895  
 id : Annals des M. de l'oreille - 1898. pag 182  
 Carrelli : Comptes Rendus a la S. M. Club de Bologna - Jén 99  
 Lalle : Annals des M. de l'oreille - 1895. pag. 100  
 Mac-Leod : The Lancet - 1893. pag 455  
 idem : idem - 1894. " 750  
 Fordan Lloyd : " - 1897 " 114  
 Dupont : Revue médicale de la Suisse Romande - 1887  
 Agnew : Medical News - 1897  
 Gardner : The Lancet 1897 - pag. 925  
 id : id 1898. " 1242

Peier: Annales des maladies de l'oreille, 2<sup>e</sup> série 1890. pag 357  
 id: 1892. " 419  
 id: Archives internationales de laryngologie 1894 " 21  
 Brammieri: Gazette Medical Lombard n° 414 = 1888  
 Roven: La Semaine Médicale - 21 Avril - 1889  
 Mac Donald y Semous: The British Medical Journal - 4 May 1892  
 Lande: Revue de laryngologie, 2<sup>e</sup> 1891 pag 65.  
 Vinci: L'aro Médico - 1891  
 Hocheneg: Compte rendu de la S. M. de Vienne = Séance 30 Octobre  
 Laine: Revue hebdomadaire de Médecine 1892 pag. 497  
 Solis. Cohen: Philadelphia County M. Society = 25 Mayo 1892  
 Mac. Donald: British M. Journal - Oct. 1893  
 Gammalt: Compte rendu de la S. laryngologique Américaine. W  
 ten - Séance 21 Mayo 1894  
 Billroth: Archiv für Augenheilk. - Tomo 21 pag 382  
 Watson: Transactions International M. Congress - 1881  
 Schöndorn: Berliner Klin. Wochenschrift - 1893. pag 525  
 Mamer (can de Gerny): Revue hebdomadaire de laryngologie,  
 de Médecine & Tomo 3<sup>e</sup> 1893. pag. 59  
 Mayall: Wiener M. Presse n° 531 1882  
 Loryd: The Lancet - 15. Septre 1883  
 Meme: (can de Albert) - Revue hebdomadaire 2<sup>e</sup> 4<sup>e</sup> 1884 pag.  
 Leiznick: The medical record - 24 Mayo 1884  
 Moralis: Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale de  
 les cancers du larynx - Paris 1898: Gress  
 Mac-Leval: The Lancet 26 Avril 1884  
 Lalli: Annales des Maladies de l'oreille 2<sup>e</sup> Mayo 1885  
 Peau: Gazette Medical de Paris n° 16417 - Avril 1885

Lunge = Annals of . . . . . Feb 1888  
 Gurnell = id id id  
 Demours = Comptes rendus du 3<sup>me</sup> Congrès Français de Chimie -  
 Paris - Mars 1881  
 Foulis = The Lancet - 1877 pag. 55.  
 Monmouy = Ablation du larynx - Bulletin de la Société de Chimie  
 Com 2. pag 868 - 1895  
 Mondol et Ruault = Contribution à l'étude de la tyrotonie et de la  
 laryngotomie pour cancer du larynx - Garrette hebdomadaire  
 Paris 1887 - pag 821  
 P. Timier = Cancer du larynx - Garrette des Hopitaux - Nbre 87. P  
 M. Flache = De l'extirpation du larynx cancéreux - Bulletin Médical  
 Nbre 1887  
 Chermann = Laryngotomie dans un cas de polype du larynx -  
 Comptes rendus de l'Académie de Médecine de Paris - 8. 18. 18  
 J. Cohen = Révue mensuelle du larynx n. 2 - 1898 pag 85  
 Dornier = British Medical Journal - Mayo 1894  
 Neumann = Glasgow Medical Journal - Juin 1895  
 Dundas Grant = British Medical Journal - Mayo 1891  
 Watson = Transactions International Medical Congress - Com 1. 1886  
 pag 255  
 Billroth = Archives von Langenbeck t. 17 pag 348  
 Heine = Wilm Comp Blatt - 1877  
 Maas = Archives von Langenbeck - t. 18 pag 507  
 Schmidt = " " " " 18 " 189  
 Schmidt = Bollettino delle "m. medica est. 1889 - pag 189  
 Flaher = Revue internationale de M. D. 2. 1894 4.

Mac. Comati = Reue international et. O. L. - 1894 pag 40  
 Kyoentien = " " " " 100  
 Simon = " " " " 1898 " 140  
 Jannet = Traité pratique de M<sup>e</sup> des larynx - 1876  
 Lenoir - Boure = Traité de M<sup>e</sup> des larynx 1891  
 Laroie = Sur la laryngectomie totale - Paris - Bruxelles - 1895  
 Cisneros = Un cas de extirpation de la larynx - Madrid - 1890  
 Cisneros = Bolletin de L. O. y R. = Mayo y Junio 1901  
 Cisneros = La laringotomía intercrúeo - trivido - Siglo Medico - 1892  
 Simon = Reue internationale de L. O. y R. Tomo 4<sup>o</sup> pag 21 (1894)  
 Roentbaum = Reunion des Chirurges de Berlin - Agosto 1894  
 Weindlerhuer = Reue internationale. T. 4<sup>o</sup> pag 24 - 1894  
 Wallas = Gazette des Hopitaux - 16 Enero 1896  
 Wolff = Archivos de laringología - 1895 pag 27  
 Pean = " " " " 127  
 Novaro = Bollettino delle M<sup>e</sup> dell' orecchia est<sup>a</sup> 1884 pag 12  
 Mangani = Archivii italiani di laringologia 1881 " 121  
 Novaro = " " " " 1882 " 20  
 Chersel = " " " " 1886 " 93  
 Haney = Reue international de R. O. y L. 1896 pag 41  
 Vincini = Bollettino delle M<sup>e</sup> dell' orecchia est<sup>a</sup> 1891 " 95  
 Symonds = Reue international est<sup>a</sup> 1898 pag 155  
 Richardson = " " " " 1890 " 206  
 Lepage = " " " " 1898 " 507  
 Nota = En el transcurso de la memoria se han acentuado  
 gran numero de indicaciones bibliograficas de que

me he venido y que no repito por no hacer mas  
esta lista. Por la misma razon he suprimido los  
los de las notas bibliograficas correspondientes a los  
operados y en los que no he hecho mas que  
los datos

Wm. J. Lotella

Admirable  
S. J. Ferrer



